


BIBLIOTHECA
MEDICA
A. D.
1872
GLASGUENSIS
UNIVERSITATIS

No 68

CLINIQUE MÉDICALE,

OU

CHOIX D'OBSERVATIONS

RECUEILLIES A LA CLINIQUE

DE M. LERMINIER,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,

MEMBRE TITULAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC

ET PUBLIÉES SOUS SES YEUX

PAR G. ANDRAL FILS,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Membre adjoint de l'Académie royale de Médecine, Membre du Cercle médical, et de la Société Médicale d'Émulation de Paris.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DE POITRINE.

Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *De sedib. et caus. morb.*, lib. IV, proœm.



A PARIS,

CHEZ GABON ET COMPAGNIE, LIBRAIRES,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,

ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

1824.

AVANT-PROPOS.

Lorsque nous avons commencé à mettre en ordre les matériaux que nous avons recueillis sur les maladies des organes thorachiques, nous avions l'intention de faire entrer dans un seul volume toutes nos observations relatives à cette classe de maladies; mais à mesure que nous avons avancé dans notre travail, nous avons vu notre cadre s'agrandir, et bientôt nous nous sommes trouvé dans l'alternative, ou d'élaguer un grand nombre d'observations qui nous semblaient toutes importantes, de tronquer nos résumés, ou de ne publier dans ce second volume qu'une partie de nos recherches. Nous avons pris ce dernier parti.

Les différentes affections de la membrane muqueuse des bronches, l'inflammation du parenchyme pulmonaire, celle de la plèvre, telles sont les maladies dont nous traiterons dans ce volume. Nous reprochera-t-on d'avoir choisi pour sujet de nos recherches les maladies les plus fréquentes, et en quelque sorte *populaires?* Mais Stoll a, selon nous, très-bien remarqué que ce ne sont point les faits extraordinaires et rares

qui doivent être l'objet principal d'un cours ou d'un ouvrage de clinique, mais que les faits les plus communs, ceux qui se présentent journellement à l'observation du praticien, sont ceux sur lesquels on doit surtout s'efforcer d'appeler de continuelles méditations. Cette idée a été constamment la nôtre dans la conception et dans l'exécution de notre ouvrage. Nous sommes loin d'ailleurs de partager l'opinion de ceux qui pensent que tout a été dit sur les inflammations des bronches, du poumon et de la plèvre. Nous sommes, au contraire, intimement persuadé que plusieurs des points les plus importans de l'histoire de ces maladies ne sont encore que très-imparfaitement connus. Sans doute les beaux travaux des médecins français nos contemporains, et en particulier ceux de MM. Corvisart, Bayle, Laënnec, Broussais (1), ont amené à un admirable degré de perfection le diagnostic d'un grand nombre d'affections thorachiques. Grâce surtout à la merveilleuse découverte de M. le professeur Laënnec, ce diagnostic peut être souvent établi d'une manière aussi positive que le diagnostic de la luxation la moins compliquée ou de la plus simple fracture. Il est un certain nombre de pneumonies dans lesquelles on peut suivre par l'auscultation les diverses phases de l'altération du poumon, et de son retour à l'état sain, avec une

(1) Histoire des Phlegmasies chroniques. 1808.

aussi rigoureuse précision que l'œil suit à l'extérieur les diverses périodes de la cicatrisation d'une plaie. Il est des affections du cœur dans lesquelles la nature de la lésion organique peut être presqu'aussi exactement déterminée par le sens de l'ouïe, que la disposition d'une tumeur cutanée peut être appréciée par la vue, ou l'état du col utérin par le toucher. Cependant l'observation clinique offre encore beaucoup de cas dans lesquels le diagnostic reste très-obscur ; elle en présente d'autres dans lesquels la nature même de l'affection est encore un point de litige. C'est sur ces cas que nous avons dû particulièrement insister.

On a déjà plus d'une fois appelé l'attention sur ces bronchites chroniques qui simulent plus ou moins complètement une phthisie pulmonaire ; mais, depuis la découverte de la méthode de l'auscultation, la science semblait réclamer de nouvelles observations sur cet intéressant sujet ; on en trouvera plusieurs dans ce volume. Elles prouveront que l'auscultation même n'offre pas toujours des moyens assurés de distinguer si un individu n'a qu'un catarrhe chronique ou des tubercules. Ceux-ci peuvent en effet exister en grand nombre dans les poumons, sans troubler en aucune manière la netteté du bruit respiratoire. De ce qu'on n'entend ni pectoriloquie ni râle, il ne faut donc pas en conclure, dans tous les cas, que la

exhalation de sérosité qui constitue un certain nombre d'hydrocéphales aiguës et surtout chroniques, quelques collections séreuses et même sanguinolentes de la plèvre, du péricarde et du péritoine, l'œdème pulmonaire, un certain nombre de diabètes, et quelques diarrhées. Il ne nous a point encore été donné de pénétrer la modification que subit dans ces différens cas la texture des organes.

Depuis que l'étude perfectionnée de l'anatomie pathologique a imprimé à la médecine une si heureuse impulsion, les dyspnées, sans lésion appréciable qui puisse en rendre compte, sont devenues si rares, que plusieurs auteurs modernes en révoquent même l'existence en doute. Nous citerons cependant des cas dans lesquels, à la suite d'un accès de suffocation mortelle, on n'a trouvé d'autre altération qu'une bronchite peu intense. Ces asthmes, que nous appellerons provisoirement *essentiels*, dépendent-ils d'une influence vicieuse du système nerveux? Se lient-ils à certains modes d'altérations encore inaccessibles à nos moyens d'investigation?

Les bronches chroniquement enflammées subissent un certain nombre de lésions organiques qui produisent chacune un ensemble particulier de symptômes. Leurs parois s'ulcèrent et se perforent, elles présentent divers degrés d'épaississement ou d'amincissement, d'induration ou de mollesse; leur cavité se dilate, se rétrécit, s'obli-

tère. Nous nous sommes appliqué à bien faire connaître et ces altérations diverses et les accidens qui en résultent.

L'inflammation du parenchyme pulmonaire est sans contredit une des maladies dont le diagnostic est le plus facile, lorsqu'elle est annoncée par l'ensemble de ses symptômes caractéristiques ; mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Dans le chapitre que nous avons consacré à l'histoire de la pleuro-pneumonie, nous nous sommes attaché à faire ressortir les nuances infiniment variées de cette redoutable phlegmasie. Ce chapitre est divisé en cinq articles principaux.

Le premier article contient des observations qui montrent la pleuro-pneumonie accompagnée de tous ses symptômes caractéristiques, soit qu'elle existe avec simple engouement, hépatisation rouge, ou hépatisation grise du poumon. Nous nous sommes surtout efforcé de bien déterminer les avantages que l'on peut retirer de la méthode de l'auscultation pour reconnaître le siége précis de l'inflammation pulmonaire, son étendue et son degré. Nous avons comparé avec les signes fournis par l'auscultation les signes que donnent, soit la percussion, soit la respiration dont la gêne est loin d'être toujours une image fidèle de l'intensité de la phlegmasie, soit les crachats dont l'aspect varie d'une manière si remarquable avec les degrés de la maladie, etc.

Après avoir retracé, dans toutes leurs nuances,

l'histoire des pleuro-pneumonies qui sont annoncées par l'ensemble de leurs symptômes caractéristiques, nous traitons, dans un second article, des phlegmasies du parenchyme pulmonaire avec absence d'un ou de plusieurs de ces symptômes. Nous examinons d'abord les cas où, malgré l'existence d'une inflammation pulmonaire plus ou moins étendue, la poitrine reste sonore et le bruit respiratoire naturel. C'est ce qu'on observe surtout, lorsque la phlegmasie occupe le centre, la base ou la racine du poumon, ou bien encore lorsqu'elle n'existe que par points isolés, lorsqu'elle est *lobulaire*. Ici l'inspection des crachats supplée très-utilement à l'absence des signes que fournit ordinairement la double méthode de l'auscultation et de la percussion. Mais ces crachats eux-mêmes, si caractéristiques, peuvent manquer à leur tour; la pneumonie devient alors beaucoup plus difficile à reconnaître : plusieurs observations sont spécialement destinées à faire ressortir le grand parti qu'on peut tirer alors de la méthode de l'auscultation. Enfin nous citons d'autres cas dans lesquels le diagnostic devient encore plus difficile à établir, en raison de l'absence simultanée des signes fournis par l'auscultation, la percussion et l'expectoration.

Une autre cause très-fréquente de l'obscurité du diagnostic de la pleuro-pneumonie, ce sont les nombreuses maladies avec lesquelles elle peut se compliquer. De là résultent de nouveaux groupes

de symptômes qui ne sont plus ceux qui apparte-naient à chaque maladie en particulier. L'inflammation du parenchyme pulmonaire reste souvent alors plus ou moins complètement latente. Une grande habitude clinique est nécessaire pour démêler, dans cette sorte de confusion de symptômes, les phénomènes morbides qui dépendent de l'affection du poumon. Les observations dans lesquelles nous avons donné des exemples d'un assez grand nombre de ces complications, les résumés dans lesquels nous avons essayé de faire la part de la maladie de chaque organe, pourront, nous osons l'espérer, éclairer le praticien dans ces cas difficiles, où l'efficacité du traitement repose sur la justesse du diagnostic.

Le quatrième article contient quelques faits relatifs à la terminaison de la pneumonie par gangrène, terminaison beaucoup moins commune qu'on ne l'a cru pendant long-temps. Les Annales de la science possèdent déjà un assez grand nombre d'exemples de véritables gangrènes du poumon; mais à notre connaissance on n'a point encore cité de cas dans lesquels, comme dans ceux que nous rapportons, la gangrène a succédé manifestement à une inflammation franche du poumon.

Enfin, dans un cinquième article, résumant tout ce que les observations particulières consignées dans les articles précédens nous avaient offert d'intéressant, nous avons essayé de tracer une histoire complète de l'inflammation du pa-

renchyme pulmonaire. Nous avons traité tour-à-tour, dans cet article, des caractères anatomiques de la pleuro-pneumonie considérée dans tous ses degrés et dans toutes ses variétés ; nous avons parlé de ses causes, de ses modes d'invasion, modes si variés et si importans à bien connaître. Après avoir tracé une sorte de monographie de chacun des symptômes de la pneumonie, nous les avons considérés dans leur ensemble. Nous avons cherché à montrer comment ces symptômes apparaissent, se combinent et se succèdent dans les différentes phases de la maladie. En parlant de ses terminaisons, nous avons été naturellement amenés à discuter la question des crises et des jours critiques.

Nous avons insisté sur quelques variétés de la pneumonie, relatives à son siége, à ses complications, à l'absence d'un ou de plusieurs de ses symptômes, aux âges des individus qu'elle frappe, d'où résultent surtout deux notables variétés, savoir : la pneumonie des enfans, et la pneumonie des vieillards.

Les diverses maladies désignées sous le terme générique et assez impropre de fausse péripneumonie, ont aussi fixé notre attention.

Enfin nous nous sommes occupé des différentes circonstances qui peuvent modifier le pronostic de la pleuro-pneumonie, du traitement qu'elle exige, et des modifications nombreuses que ce traitement peut subir.

L'inflammation de la plèvre forme le sujet des observations consignées dans le troisième chapitre. Parmi les divers travaux publiés sur la pleurésie avant la publication de l'ouvrage de M. le professeur Laënnec, plusieurs ont puissamment contribué à éclairer le diagnostic de cette phlegmasie; ils peuvent encore être lus avec beaucoup de fruit, mais ils ne sont plus au niveau de la science. Les observations sur la pleurésie que nous publions aujourd'hui, sont plus en rapport avec les progrès qu'a faits l'art du diagnostic depuis un petit nombre d'années, et surtout depuis que les nouvelles recherches de M. Laennec ont changé sous ce rapport la face de la science.

Dans ce chapitre, nous avons d'ailleurs suivi à-peu-près le même plan que dans le chapitre consacré à l'histoire de la pneumonie.

Ainsi, dans les deux premiers articles, nous avons montré la pleurésie existant avec ou sans épanchement, tantôt manifeste et annoncée par des symptômes caractéristiques, tantôt plus ou moins complètement latente. Sous cette dernière forme elle peut, ainsi que nous en citons des exemples, n'être annoncée, soit à son début, soit pendant toute sa durée, par aucune douleur; elle peut ne donner lieu à aucun mouvement fébrile, gêner si peu la respiration dans quelques cas, que des individus dont un des côtés de la poitrine contenait plusieurs pintes de liquide, ont pu néanmoins continuer à se livrer aux plus pé-

nibles occupations ; d'autres se regardaient comme entièrement guéris, lorsque l'auscultation et la percussion constataient encore chez eux l'existence d'un énorme épanchement dans une des cavités des plèvres.

Un troisième article est consacré à l'histoire des pleurésies partielles, ou de celles qui n'envahissent qu'une portion souvent très-peu étendue de l'une ou de l'autre plèvre. Nous passons en revue, dans autant de paragraphes séparés, la pleurésie diaphragmatique qui est accompagnée d'un ensemble de symptômes si remarquables, et en même temps si caractéristiques ; la pleurésie interlobaire dont le diagnostic est souvent si obscur, et qui plus d'une fois a été prise pour un abcès du poumon ; la pleurésie costo-pulmonaire circonscrite, qui peut devenir un facile sujet d'erreur, en ne produisant, par exemple, un son mat, l'absence du bruit respiratoire ou le phénomène de la *respiration bronchique*, que vers le sommet du poumon ou au niveau du sein. Enfin un dernier paragraphe contient quelques observations relatives à l'inflammation de la plèvre médiane ou médiastin, inflammation qui tantôt échappe entièrement aux moyens les plus précis d'investigation, et qui tantôt donne lieu à une douleur sous-sternale dont il est facile de méconnaître le véritable caractère. Nous citons des cas dans lesquels cette espèce de pleurésie partielle se termina par un épanchement que l'on crut exister

dans le péricarde. Nous rapportons d'autres cas dans lesquels ce même épanchement se fit jour à travers l'une des bronches, qui résulte immédiatement de la bifurcation de la trachée-artère.

Par opposition aux pleurésies partielles, nous avons placé dans l'article quatrième plusieurs exemples de pleurésies doubles, ou affectant à-la-fois les deux côtés de la poitrine, avec ou sans épanchement. Nous avons signalé leur danger; nous nous sommes surtout efforcé de faire ressortir la physionomie toute particulière, si je puis ainsi dire, des symptômes de la pleurésie double, d'où résulte qu'elle peut être très-facilement méconnue.

L'article suivant contient des observations relatives aux diverses complications de la pleurésie. Peu de maladies présentent à l'observateur un plus haut degré d'intérêt, sous le rapport de la multiplicité, et quelquefois aussi de l'apparente incohérence des symptômes, que lorsque plusieurs organes sont simultanément frappés de phlegmasie. Dans nos descriptions nous nous sommes efforcé de reproduire cet intérêt, en cherchant toujours à bien isoler les divers groupes de symptômes qui se rattachent à l'affection de chaque organe, ou même aux différentes affections d'un même organe, comme, par exemple, lorsque des tubercules développés dans les fausses membranes de la plèvre produisent de nouveaux symptômes.

de nouveaux accidens, soit par leur grand nombre, soit par leur rapide multiplication.

Ce chapitre est terminé, comme le précédent, par un résumé dans lequel nous traçons l'histoire générale de la pleurésie, de cette maladie qui, toute fréquente qu'elle est, n'est véritablement bien connue que depuis un très-petit nombre d'années, et dont il n'existe encore aucune description complète en rapport avec l'état actuel de la science.

Plusieurs fois nous avons appelé l'attention sur le développement des tubercules dans le parenchyme pulmonaire, dans la plèvre, dans l'épaisseur même des fausses membranes. A l'aide des signes fournis par l'auscultation, il nous a été facile de démontrer que chez la plus grande partie des phthisiques, les tubercules préexistent à l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Fera-t-on dépendre la formation des tubercules d'une simple bronchite? Mais d'une part, nous avons constaté l'existence des tubercules dans le poumon chez des individus qui n'avaient jamais été atteints que de très-légères bronchites; et d'autre part, nous n'avons trouvé aucun tubercule dans les poumons d'individus qui avaient, depuis plusieurs années, une inflammation chronique des bronches. Que conclurons-nous de ces faits? C'est qu'il est certain que la pneumonie n'est pas la cause la plus ordinaire de la formation des tubercules, et qu'il

est au moins douteux qu'une simple bronchite suffise pour leur donner naissance. Reconnaissons toutefois que dans un certain nombre de cas, l'inflammation du tissu du poumon ou des bronches doit être considérée comme la cause occasionelle manifeste sous l'influence de laquelle se développent les tubercules. Nous en avons cité plusieurs exemples. L'influence de l'inflammation, comme cause occasionelle, est encore plus évidente pour les tubercules qui ont leur siége dans la plèvre ou dans ses fausses membranes. Mais dans ces différens cas, si l'on ne veut pas aller au-delà des faits, on sera forcé d'admettre une prédisposition sans laquelle la cause occasionnelle ne pourrait avoir d'effet. C'est en vertu de cette même prédisposition que chez certaines femmes une légère contusion du sein suffit pour déterminer la formation d'un cancer, tandis que chez d'autres la glande mammaire devient le siége d'une violente inflammation, de vastes abcès, sans subir aucune dégénération. C'est encore ainsi que chez des individus qui n'avaient eu qu'une péritonite à peine appréciable, nous avons vu, dans un très-court espace de temps, l'épiploon être envahi par d'énormes masses tuberculeuses ou cancéreuses. Si l'on nous demande ce que c'est que cette prédisposition, nous avouerons que nous l'ignorons complètement; et de même que l'observation nous a conduit à admettre des vices de sécrétion, indépendans de tout travail inflamma-

toire, de même nous admettrons des vices de nutrition qui ne dépendent point nécessairement d'une phlegmasie, bien que celle-ci les précède assez souvent et les suive presque toujours. Nous ne savons pas d'ailleurs en quoi consistent ces vices de nutrition. Il nous paraît seulement évident qu'ils ne sont pas plus le résultat de la faiblesse, comme on l'a dit long-temps, qu'ils ne dépendent d'un simple travail inflammatoire, comme plusieurs personnes l'admettent aujourd'hui. Ici la dichotomie brownienne nous semble aussi fautive que lorsqu'elle a voulu expliquer par un état de sthénie ou d'asthénie tous les désordres du système nerveux.

Dans le cours de nos recherches, nous avons eu de continuelles occasions de constater l'extrême exactitude des signes donnés par M. le professeur Laënnec, pour reconnaître par l'auscultation les maladies dont il est question dans ce volume. Toutefois, sur quelques points, nous sommes arrivé à des résultats différens de ceux que M. Laënnec a consignés dans son ouvrage. Dans un Mémoire publié dans les *Archives de Médecine*, par un des élèves de M. Laënnec, et avec son autorisation (1), ce savant professeur regarde comme annonçant l'existence d'abcès pulmonaires des signes qui, selon nous, ne les annoncent pas, et que nous interprétons tout différemment.

(1) Observations sur l'emploi de l'émétique à haute dose, comme moyen curatif; par M. Delagarde. *Archives de Médecine*, avril 1824.

Dans ce même Mémoire, on regarde les abcès comme une terminaison assez commune de l'inflammation du poumon ; nous persistons à croire que ces abcès sont très-rares.

Il est un signe qui ne nous paraît pas avoir suffisamment fixé l'attention du célèbre auteur de l'ouvrage sur l'auscultation médiate, et que nous regardons comme très-important. Ce signe consiste dans un bruit ou souffle particulier que l'air produit, lorsqu'introduit dans un poumon hépatisé ou comprimé, il ne peut pénétrer dans les vésicules pulmonaires et s'arrête dans les grosses bronches. En raison de son siége, nous avons désigné ce phénomène sous le nom de *respiration bronchique* ; il est ordinairement accompagné d'une résonnance particulière de la voix, qui, se confondant tantôt avec l'égophonie, tantôt avec la pectoriloquie, est une des causes qui diminuent la valeur de ces deux derniers signes. L'égophonie, considérée comme signe d'un épanchement dans la plèvre, a particulièrement fixé notre attention. Nous avons cherché à bien apprécier la valeur de ce signe, dont l'interprétation peut devenir un facile sujet d'erreur pour ceux qui n'ont point une grande habitude de la pratique de l'auscultation.

Avec quelques auteurs nous avons désigné le catarrhe pulmonaire sous le nom de *bronchite*. Nous avons préféré, pour l'inflammation du parenchyme pulmonaire, l'expression de pleuro-pneumonie à celle de péripneumonie, qui est inexacte,

et à celle de pneumonie, qui ne représente qu'une partie de la maladie, puisque dans presque tous les cas la phlegmasie du poumon est accompagnée d'une irritation plus ou moins marquée de la plèvre. La pleurésie, au contraire, existe souvent seule, ainsi que l'ont démontré les belles observations des modernes. Lorsque la pleurésie est la maladie principale, et que pendant son cours elle se complique d'une inflammation plus ou moins grave du poumon, nous désignons la maladie sous le nom de *pneumo-pleurésie*.

Les dénominations imposées aux différens degrés de la pleuro-pneumonie nous paraissent être loin de donner toutes une image fidèle de l'état du poumon dans ces divers degrés. Persuadé toutefois de l'inconvénient d'introduire, sans grande nécessité, des mots nouveaux, nous avons employé, dans le cours de nos observations, ceux que l'usage a consacrés; mais lorsque, dans notre résumé, nous avons décrit les lésions que subit le parenchyme pulmonaire enflammé, nous avons cru pouvoir désigner ces lésions par des termes qui nous semblent les représenter plus exactement. Nous avons admis trois degrés dans la pleuro-pneumonie aiguë, et cinq dans la pleuro-pneumonie chronique. Les trois degrés de l'inflammation aiguë sont, l'*engouement*, le *ramollissement rouge*, et le *ramollissement gris avec infiltration purulente ou formation d'abcès.* Dans l'inflammation chronique, nous admettons encore ces trois

degrés, et de plus deux autres qui sont ici beaucoup plus fréquens, savoir : l'*induration rouge* et l'*induration grise*. Ces expressions nous paraissent avoir l'avantage de rappeler un des caractères les plus remarquables de l'inflammation du poumon, son changement de consistance.

La comparaison (1) du tissu pulmonaire enflammé avec le tissu du foie, qui semble très-juste à la simple vue, cesse de paraître exacte lorsqu'on vient à toucher et à presser le poumon. Or, pour apprécier la nature des désordres que découvre l'anatomie pathologique, le sens du toucher nous semble être un guide beaucoup plus sûr que celui de la vue, et plus d'une fois ce sens a rectifié des erreurs que la vue avait en quelque sorte consacrées. Ainsi, dans le plus grand nombre des cas, si l'on admet l'existence d'un état inflammatoire de l'estomac, d'après la seule rougeur de sa surface interne, on peut tomber dans de graves méprises ; mais si, reconnaissant l'insuffisance des caractères fournis par la simple inspection, on a recours au toucher, on trouve dans le changement de consistance de la membrane muqueuse de l'estomac, soit dans ses divers degrés de ramollissement, soit dans son induration, des caractères d'inflammation infiniment plus précis. Il en est ainsi pour la plupart des autres organes à tissu membraneux ou parenchymateux. Leur aug-

(1) Cette comparaison avait été faite depuis long-temps : on la trouve souvent dans Morgagni.

mentation de volume, leur rougeur peuvent bien être le résultat d'une phlegmasie ; mais elles peuvent également dépendre d'une simple congestion sanguine, d'une injection mécanique. Ainsi, dans les cas de gêne prolongée de la circulation, le cerveau et ses membranes s'injectent de sang, le poumon *s'engoue*, le foie et la rate s'engorgent et se tuméfient, etc. ; mais outre ces changemens de volume et de couleur, constate-t-on un changement de consistance, l'existence d'un travail inflammatoire ne peut plus être révoquée en doute. On doit donc, ce nous semble, rappeler, autant que possible, ce caractère si essentiel et en quelque sorte pathognomonique de l'inflammation dans les dénominations imposées aux altérations diverses que subissent les tissus enflammés. Telles sont les considérations qui nous ont engagé à proposer de remplacer par les termes de ramollissement rouge ou gris, et d'induration rouge ou grise, l'expresсion d'*hépatisation* généralement admise. Ces termes rappellent d'ailleurs un fait qui peut être regardé comme une loi en anatomie pathologique, savoir, que la plupart des tissus parenchymateux tendent à se ramollir, lorsqu'ils sont frappés d'une inflammation aiguë, et qu'ils tendent au contraire à s'endurcir, lorsque la phlegmasie passe à l'état chronique.

CLINIQUE MÉDICALE.

DEUXIÈME PARTIE.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE POITRINE.

Je n'enseigne point, je raconte.
MONTAIGNE.

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS SUR LA BRONCHITE.

1. Nous n'avons point l'intention de donner ici une description complète de la bronchite ; ce serait redire sans profit ce qui se trouve partout. Nous essaierons seulement d'appeler l'attention sur quelques points importans de l'histoire de cette maladie, tantôt si légère qu'elle constitue à peine un état morbide, tantôt égalant en gravité une pneumonie aiguë ou une phthisie pulmonaire. Nous parlerons, dans un premier article, des lésions plus ou moins remarquables que suscite dans les parois des bronches l'inflammation aiguë ou chronique. Un second article sera consacré à exposer les altérations diverses que subit, en quantité et en qualité, le liquide sécrété par la membrane muqueuse.

ARTICLE PREMIER.

ALTÉRATIONS ORGANIQUES DES BRONCHES DANS L'ÉTAT DE PHLEGMASIE. SYMPTÔMES DE CES ALTÉRATIONS.

2. Lorsqu'on ouvre le cadavre d'individus qui ont succombé à une maladie quelconque pendant qu'ils étaient atteints d'une bronchite bénigne et récente, on trouve de la rougeur dans une portion ordinairement circonscrite de la membrane muqueuse. On rencontre surtout cette rougeur vers la fin de la trachée-artère et dans les premières divisions des bronches. Si l'inflammation a été plus intense, la rougeur est étendue à un plus grand nombre de conduits; elle existe surtout dans des ramifications plus petites. Il arrive souvent que cette rougeur est exactement bornée aux bronches d'un seul lobe; ce sont les bronches du lobe supérieur qui paraissent être plus particulièrement disposées à s'enflammer. La coloration rouge des bronches se présente tantôt sous forme d'une injection fine, qui paraît exister à-la-fois et dans le tissu cellulaire sous-muqueux et dans la membrane muqueuse elle même. Tantôt on ne distingue plus de vaisseaux, mais seulement une foule de petits points rouges pressés, agglomérés les uns autour des autres; tantôt enfin l'on observe une couleur rouge uniforme. Chez les uns, la rougeur va en diminuant progressivement des grosses bronches vers les petites; chez d'autres, on remarque une disposition inverse. Souvent la rougeur n'existe que par intervalles, sous forme de

bandes ou de plaques isolées, qui constituent comme autant de phlegmasies circonscrites, entre lesquelles la muqueuse est blanche et saine; c'est une forme d'inflammation semblable à celle qu'on observe si fréquemment dans les intestins.

3. Lorsque la phlegmasie est chronique, la membrane muqueuse perd ordinairement sa vive rougeur; elle présente une teinte livide, violacée, brunâtre. Enfin, ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que chez des individus présentant tous les symptômes d'une bronchite chronique invétérée avec expectoration puriforme, nous avons trouvé la membrane muqueuse aérienne à peine rosée, ou même parfaitement blanche dans toute son étendue. Bayle avait déjà noté ce fait, dans la quarante-neuvième observation de son ouvrage, relative à un cas de bronchite chronique qui simulait la phthisie : il rapporte que la membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches parut dans l'état sain ; elle était blanche et à peine épaissie. *Cet état blanc de la muqueuse*, ajoute-t-il, *n'est pas rare dans le catarrhe pulmonaire chronique.* Il ne faudrait point, selon nous, en conclure que dans ce cas il n'y a point, ou que du moins il n'y a point eu inflammation. Nous retrouvons en effet cette absence de rougeur dans d'autres organes où la phlegmasie n'est pas douteuse. Ainsi les membranes séreuses, remplies de pus, tapissées de fausses membranes, ne présentent fréquemment aucun changement de couleur, aucune altération appréciable dans leur texture, ce qui met hors de doute qu'il est des tissus qui peuvent s'enflammer sans rougir. La membrane muqueuse intesti

nale, bien que parsemée de nombreuses ulcérations, offre souvent une remarquable pâleur, soit dans le lieu même de ces ulcérations, soit dans leurs intervalles. Plus d'une fois, chez des individus dont les urines étaient depuis long-temps purulentes, on a trouvé très-blanche la membrane muqueuse des calices, des bassinets, des uretères et de la vessie; dans ces différentes affections des tissus muqueux, un travail inflammatoire ne saurait être révoqué en doute; mais, soit en raison de son ancienneté, soit en raison de l'affaiblissement général, la phlegmasie ne semble plus avoir laissé d'autre trace dans l'organe qui en a été le siége, qu'une modification de sécrétion : de là résultent souvent de nouvelles indications thérapeutiques, ainsi que nous l'établirons, lorsque nous nous occuperons spécialement de l'expectoration. L'observation suivante va nous offrir un cas de bronchite chronique sans rougeur de la muqueuse.

Ire. OBSERVATION.

Bronchite chronique simulant une phthisie pulmonaire. Blancheur de la membrane muqueuse trachéo-bronchique.

Un serrurier, âgé de vingt-sept ans, entra à la Charité pendant le cours du mois de décembre 1821. Depuis deux ans cet homme était tourmenté d'une toux habituelle; il n'avait jamais craché de sang. Lorsqu'il fut soumis à notre examen, il était déjà dans le marasme; il expectorait des crachats formés par des plaques verdâtres, arrondies, séparées les unes des autres, et surnageant à une abondante sérosité; ces crachats

étaient inodores et semblaient sucrés au malade. La respiration était un peu courte; le décubitus avait lieu à plat et dans toutes les positions : la poitrine percutée résonnait également bien partout ; l'auscultation faisait entendre en divers points du râle muqueux ; il n'y avait aucune apparence de pectoriloquie; le pouls, sans fréquence le matin, s'accélérait vers le soir; chaque nuit, le malade suait un peu. Les fonctions digestives ne présentaient rien de remarquable.

Quel diagnostic pouvait être ici établi ? L'auscultation apprenait, à la vérité, qu'il n'y avait point encore d'excavation tuberculeuse; mais l'ensemble des autres symptômes semblait annoncer que de nombreux tubercules commençant à se ramollir existaient dans les poumons. (*Décoction de lichen, tisane de violette gommée, looch, diète lactée.*)

Les jours suivans, le marasme, l'affaiblissement général firent des progrès rapides, il survint du dévoiement, les facultés intellectuelles se troublèrent, et le malade succomba dans un état demi-comateux. Jusqu'à la veille de la mort les crachats conservèrent le même aspect, et leur quantité ne diminua pas.

Ouverture du cadavre.

Infiltration séroso-purulente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères : ventricules latéraux distendus par une sérosité trouble.

Parenchyme pulmonaire sain, médiocrement engoué. La surface interne du larynx, de la trachée-artère, et des bronches suivies jusque dans leurs plus petites divisions, présenta partout une grande pâleur; la muqueuse

n'offrit aucune autre altération appréciable ; des concrétions fibrineuses blanches distendaient les cavités droites du cœur. Le canal digestif, ouvert dans toute son étendue, ne présenta d'autre lésion qu'une vive rougeur disséminée par plaques dans le gros intestin. Rien de remarquable dans les autres viscères.

Si dans ce cas les symptômes présentés pendant la vie n'eussent point été connus, et que, sans renseignement antécédent, on eût examiné la membrane muqueuse des bronches, on l'aurait infailliblement regardée comme très-saine, et cependant elle était gravement atteinte ; c'est par suite de sa lésion profonde, et du vice de sécrétion dont elle était le siége, que le malade avait été amené, dans l'espace de deux années, au dernier degré du marasme, présentant tous les symptômes rationnels d'une phthisie pulmonaire. L'anatomie pathologique est donc quelquefois insuffisante pour découvrir l'état morbide des organes. Ne perdons jamais de vue ces deux grandes vérités, savoir, que d'une part les recherches nécroscopiques révèlent souvent des lésions que les symptômes n'avaient pas fait soupçonner, et que d'autre part ces mêmes symptômes ne permettent pas de douter qu'un organe ne soit parfois profondément altéré, bien qu'il ne paraisse pas tel à l'ouverture du cadavre.

Nous voyons encore dans cette observation une nouvelle preuve de la difficulté de distinguer une simple bronchite chronique, d'une dégénération tuberculeuse du poumon. Que peut apprendre dans ce cas l'auscultation, si ce n'est qu'il n'existe point de cavernes ?

Tirons-en cette conséquence, que, tant qu'on n'aura pas constaté par le stéthoscope l'existence de celles-ci, il ne faut pas regarder comme impossible le retour à la santé, par suite de la cessation de la bronchite, qui causait seule tous les accidens. C'est contre une semblable inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes qu'ont souvent réussi un grand nombre de moyens hygiéniques et thérapeutiques qui, dirigés contre une véritable phthisie pulmonaire, échoueraient certainement, ou ne pourraient tout au plus que retarder momentanément les progrès du mal.

4. Le ramollissement inflammatoire de la membrane muqueuse des bronches est beaucoup plus rare que celui de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Nous ne l'avons jamais trouvé assez marqué pour que la membrane pût s'enlever en pulpe; très-rarement aussi cette membrane s'ulcère, et sous ce rapport elle offre encore une disposition inverse de celle de la muqueuse intestinale. Nous n'avons constaté que deux fois la présence d'ulcérations dans les bronches; dans l'un de ces deux cas il y avait en même temps un large ulcère dans la trachée un peu au-dessus de sa bifurcation. Trois petites ulcérations arrondies existaient dans la bronche droite qui résulte immédiatement de la division de la trachée-artère; ce cas se rapproche, sous le rapport de la lésion, de ceux qui ont été consignés par M. le professeur Cayol dans son beau travail sur la phthisie trachéale. Les symptômes avaient été ceux des bronchites chroniques ordinaires. Dans l'autre cas, la trachée-artère et les premières divisions des bronches n'offraient qu'une rougeur médiocre

sans autre lésion ; mais dans les ramifications plus petites du côté droit, la rougeur devenait très-intense, et la membrane muqueuse présentait à sa surface un grand nombre de petites ulcérations, toutes exactement circulaires et d'égale grandeur. Leurs bords étaient livides et s'élevaient d'une demi-ligne au-dessus du niveau du fond de l'ulcère, à peine assez large pour admettre une grosse tête d'épingle. L'individu qui nous présenta cette altération avait un anévrysme du cœur. Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, il avait été tourmenté par des quintes de toux fréquentes et très-pénibles ; ses crachats étaient habituellement teints d'un peu de sang.

La fréquence des ulcérations va d'ailleurs en décroissant de haut en bas dans les différentes portions de la membrane muqueuse des voies aériennes. Ainsi les laryngites chroniques ulcéreuses sont assez communes. Il n'est nullement rare de trouver une partie des cordes vocales dépouillées de membrane muqueuse, les muscles thyro-aryténoïdiens et les cartilages mis à nu dans une étendue plus ou moins grande, chez les individus qui, atteints d'une simple bronchite chronique ou de tubercules pulmonaires, ont depuis long-temps la voix rauque ou éteinte. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces ulcérations n'existent, dans le plus grand nombre des cas, que lorsqu'il y a en même temps inflammation des parties plus inférieures de la muqueuse aérienne.

5. Dans la trachée-artère, les ulcérations deviennent moins fréquentes que dans le larynx ; elles y sont ordinairement petites et peu nombreuses. Une fois cependant, chez un individu que nous avons observé avec

M. Magendie, auquel la pièce anatomique parut assez curieuse pour être conservée, nous avons trouvé toute la surface interne de la trachée-artère véritablement criblée, depuis son origine jusqu'un peu au-dessus de sa bifurcation, par une foule d'ulcérations tellement multipliées et pressées les unes contre les autres, qu'elles occupaient plus d'étendue que les espaces interposés entre elles. Les bronches étaient rouges, mais non ulcérées. Le malade avait accusé pendant la vie un sentiment de chaleur habituelle plutôt qu'une véritable douleur dans tout le trajet de la trachée-artère; chaque inspiration était accompagnée d'un sifflement remarquable, comme si le canal aérien avait été comprimé par quelque tumeur.

Les ulcérations de la trachée-artère ne s'étendent pas, le plus souvent, au-delà du tissu de la membrane muqueuse; leur bord est formé par celle-ci, et leur fond par le tissu fibreux subjacent. Quelquefois, cependant, l'ulcère est plus profond, toutes les parties situées au-dessous de la muqueuse sont successivement détruites de dehors en dedans, et il peut en résulter enfin une perforation complète des parois de la trachée-artère. Nous possédons deux observations de ce genre. Dans l'un et dans l'autre cas, la perforation avait eu lieu à la partie postérieure de la trachée-artère dans sa portion cervicale : dans un de ces cas, le fond de l'ulcération était formé par l'œsophage, qu'un tissu cellulaire dense et serré unissait au pourtour de la solution de continuité. Dans l'autre cas, il y avait double perforation de la trachée-artère et de l'œsophage, de sorte que ces deux conduits communiquaient librement l'un dans l'autre. Ce cas de

fistule trachéo-œsophagienne n'avait été annoncé que par une gêne peu considérable de la déglutition, et par une petite toux qui se manifestait chaque fois que le malade avalait ; il annonçait lui-même que l'obstacle à la déglutition et la cause de la toux avaient leur siége à la partie moyenne inférieure de la région cervicale.

On a vu quelquefois la perforation de la trachée-artère, ou de ses premières divisions, suivant une marche contraire à la précédente, s'effectuer de dehors en dedans; outre les tumeurs anévrysmales qui produisent souvent cette sorte de perforation, des ganglions lymphatiques tuberculeux la causent aussi quelquefois. Cette lésion, dont nous ne connaissons pas d'exemple chez l'adulte, n'est pas très-rare chez les enfans; ce qui tient sans doute à la plus grande fréquence de la dégénération tuberculeuse des ganglions lymphatiques dans le premier âge. Ces ganglions tuberculeux, à mesure qu'ils se ramollissent, irritent les parois de la trachée ou des bronches avec lesquelles ils sont en contact, et ils en déterminent peu à peu la destruction de l'extérieur vers l'intérieur. On peut suivre chez divers sujets la marche progressive de cette inflammation ulcérative : ainsi, chez les uns, on ne trouve qu'adhérence intime des ganglions tuberculeux et des parois trachéales ou bronchiques, avec rougeur de celles-ci, destruction commençante des cartilages; chez d'autres, les cartilages n'existent plus, la tunique fibreuse a disparu, et la matière tuberculeuse se trouve en contact immédiat avec la muqueuse, qu'elle pousse et soulève devant elle. Enfin, dans un dernier degré, la muqueuse elle-même est détruite, et la matière tubercu

leuse, abandonnant le ganglion à mesure qu'elle se ramollit, se répand dans les voies aériennes, d'où la toux l'expulse au dehors. Les tubercules développés dans les ganglions bronchiques peuvent guérir de cette manière, à l'instar des tubercules qui ont leur siége dans les ganglions sous-cutanés. Mais malheureusement ces tubercules des ganglions bronchiques existent très-rarement sans qu'il n'y ait en même-temps des tubercules pulmonaires.

Ces espèces de perforations des parois de la trachée-artère peuvent être rapprochées de la variété de perforation intestinale qui s'effectue comme ici de dehors en dedans, et qui est causée par des tubercules sous-péritonéaux.

6. L'épaississement de la membrane muqueuse est une des altérations que la bronchite chronique produit le plus souvent. Suivant ses divers degrés, cet épaississement donne lieu à différens symptômes; il modifie le bruit que fait naître l'entrée de l'air dans les bronches; il en résulte un râle particulier, que nous désignerons sous le nom de râle bronchique sec (râle ronflant de M. Laënnec). Les nombreuses variétés de ce râle, et leurs causes, ont été si bien indiquées par ce professeur, qu'il serait inutile d'y revenir ici. Ce râle est d'ailleurs caractéristique de la bronchite chronique.

L'épaississement de la muqueuse bronchique peut être assez considérable dans un ou plusieurs tuyaux pour rétrécir beaucoup leur cavité et l'oblitérer même presque entièrement. Il en résulte un ensemble de phénomènes particuliers que nous allons faire connaître dans les observations suivantes.

IIe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Rétrécissement de la bronche principale du lobe supérieur du poumon droit. Absence presque complète du bruit respiratoire dans l'étendue de ce lobe.

Un tabletier, âgé de trente-un ans, entra à l'hôpital le 31 juillet 1822 ; il présentait alors les symptômes d'une maladie organique du cœur. La respiration auscultée s'entendait en arrière très-forte et nette, avec mélange de râle muqueux dans plusieurs points. En avant et à gauche, elle s'entendait aussi avec une intensité en rapport avec la gêne de la respiration. A droite, au contraire, sous la clavicule, le murmure inspiratoire, net comme à gauche, était beaucoup plus faible. La percussion ne pouvait donner de renseignement bien exact, à cause de l'infiltration des parois thorachiques; toutefois le son n'était pas plus mat à droite qu'à gauche. Nous fûmes portés, d'après ces signes, à soupçonner l'existence d'un emphysème du lobe supérieur du poumon droit. Les jours suivans, l'auscultation donna les mêmes renseignemens. Le malade disait éprouver depuis long-temps une sorte de *serrement* un peu au-dessus du sein droit. Il disait qu'*il ne respirait pas du côté droit de la poitrine*. Vers le milieu du mois d'août, les signes d'un hydrothorax consécutif à la lésion du cœur se manifestèrent (son mat et absence du murmure inspiratoire, chevrotement particulier de la voix dans la partie postérieure gauche du thorax). Dès ce moment, la dysp

née devint de plus en plus considérable, et la mort survint le 7 septembre.

Ouverture du cadavre.

Le lobe supérieur du poumon droit ne présentait aucune trace d'emphysème ; son tissu était peu crépitant, sain d'ailleurs. La bronche principale de ce lobe présentait, peu de lignes après son origine, un rétrécissement tel, qu'un stylet fin put à peine franchir l'obstacle qui existait en ce point. Peu avant de se diviser, la bronche reprenait son calibre naturel. Dans l'étendue du rétrécissement, la membrane fibreuse avait conservé son aspect ordinaire; mais la muqueuse était rouge et très-épaissie. Cet épaississement partiel de la muqueuse bronchique nous parut tout-à-fait analogue aux épaississemens circonscrits qu'on observe si souvent dans la membrane muqueuse intestinale. Dans le reste de ce lobe, les bronches avaient leur calibre naturel. Rien de remarquable dans le reste des poumons. Epanchement d'un litre environ de sérosité citrine dans la plèvre gauche. Hypertrophié des parois des deux ventricules, avec dilatation de leurs cavités, étroitesse de l'aorte. — Rougeur générale du tube digestif.

Le rétrécissement dont une des bronches était le siége, était manifestement dû au seul épaississement de la membrane muqueuse. Le lieu où existait ce rétrécissement rend bien raison de la diminution d'intensité du bruit respiratoire dans toute la partie supérieure droite du thorax. Mais ce phénomène, résultat mécanique de plusieurs genres de lésions, ne saurait être regardé comme un signe pathognomonique. Remarquons cette

sensation de constriction, qui était si prononcée chez notre malade du côté de la poitrine où existait le rétrécissement. Quant à cette autre sensation qu'exprimait si bien le malade, lorsqu'il disait qu'*il ne respirait pas du côté droit de la poitrine*, elle n'est pas particulière à l'affection qui nous occupe. Nous avons retrouvé cette même sensation chez d'autres malades, dans le poumon desquels une cause quelconque empêchait l'entrée libre de l'air.

L'épaississement des parois bronchiques n'a pas toujours exclusivement son siége dans la membrane muqueuse. Les tissus cartilagineux et fibreux, placés en dehors de cette membrane, peuvent aussi subir une hypertrophie plus ou moins considérable et concourir puissamment à la production du rétrécissement. En voici un exemple.

IIIe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Epaississement des parois de quelques bronches avec rétrécissement notable de leur cavité. Tubercules pulmonaires du côté opposé.

Une lingère, âgée de vingt-six ans, entra à la Charité dans le cours du mois de septembre 1822. A l'âge de dix-huit ans, cette femme avait contracté un rhume qui n'avait pas cessé depuis. Pendant les quatre premières années, ce rhume ne semblait avoir exercé aucune influence fâcheuse sur sa santé. Vers l'âge de vingt-deux ans, elle commença à sentir une légère dyspnée, et elle eut une hémoptysie abondante. A dater de ce moment

la toux devint fréquente et plus pénible, l'embonpoint et les forces diminuèrent, l'oppression devint plus considérable, et pendant les deux années suivantes le crachement de sang se renouvela plusieurs fois. De vingt-quatre à vingt-cinq ans, la nature sembla faire un effort vers la guérison, ou du moins les accidens ci-dessus mentionnés ne firent pas de progrès. Aucune hémoptysie n'eut lieu, et la malade recouvra un peu de force. Mais au bout de ce temps, une hémoptysie très-abondante reparut, et ne cessa qu'après une durée de plusieurs semaines; dès-lors dépérissement rapide. Qu'est-il besoin de dire que, reçue plusieurs fois dans différens hôpitaux depuis six années, cette femme avait subi plusieurs traitemens méthodiques qui avaient été tous inutiles? Lorsqu'elle se présenta à notre examen, elle avait atteint le dernier degré du marasme. L'auscultation fit reconnaître sous la clavicule gauche et en arrière de ce même côté, dans les fosses sus et sous-épineuses, un gargouillement très-prononcé, indice certain que des excavations tuberculeuses existaient dans ces mêmes points. A droite, dans l'espace compris entre la clavicule et le sein, le bruit respiratoire ordinaire était remplacé, en plusieurs points, par une sorte de ronflement très-marqué. Partout ailleurs de ce côté la respiration était nette et forte. La percussion faisait reconnaître un son mat au-dessous de la clavicule gauche. La malade disait que, dès le commencement de ce qu'elle appelait son *rhume*, elle avait ressenti pendant long-temps un sorte de chaleur habituelle et très-pénible à droite de la pièce supérieure du sternum. Elle succomba après trois semaines de séjour.

Ouverture du cadavre.

Vastes cavernes dans le poumon gauche, avec hépatisation grise du parenchyme autour d'elles. Aucun tubercule n'existait dans le poumon droit, dont le tissu paraissait sain. Les bronches des deux poumons étaient rouges. Celles du lobe supérieur du poumon droit présentaient en outre les particularités suivantes : à peine la bronche principale qui se distribue dans ce lobe s'était-elle divisée deux ou trois fois, que ses parois acquéraient tout-à-coup une épaisseur inaccoutumée, et en même-temps le diamètre du conduit subissait une diminution notable. Cette diminution pouvait être surtout bien appréciée, en comparant le diamètre offert par les mêmes bronches dans les deux poumons. Celles du gauche, qui paraissaient avoir conservé leurs dimensions ordinaires, présentaient une capacité trois ou quatre fois aussi grande. Dans quelques-uns des rameaux suivans l'on voyait les bronches reprendre leur calibre accoutumé, puis d'espace en espace s'épaissir et se rétrécir en même-temps. — Plaques rouges dans l'estomac, ulcération dans l'intestin grêle.

En envisageant spécialement cette observation sous le rapport du rétrécissement des bronches, nous voyons que ce rétrécissement était plus général, mais moins considérable que chez le sujet de l'observation deuxième. Aussi le bruit respiratoire ne fut-il point ici diminué; mais l'on entendit seulement un *rhonchus* particulier en différens points du lobe supérieur du poumon droit. La

nature de l'altération explique cette modification du bruit respiratoire.

Considérée sous d'autres points de vue, cette observation présente encore quelque intérêt. La sensation de chaleur que la malade disait éprouver au-dessous de la clavicule droite depuis six années, annonçait que depuis ce temps l'inflammation avait eu surtout son siége dans les bronches du lobe supérieur du poumon droit. Cependant aucun tubercule n'existait dans ce poumon, tandis qu'il y en avait un grand nombre dans le gauche, où la bronchite semblait avoir été moins intense.

Nous avons observé chez quelques autres sujets un rétrécissement des bronches à-peu-près analogue à celui que nous venons de décrire en dernier lieu, et dû, comme lui, à une hypertrophie simultanée des diverses tuniques. Tantôt nous avons entendu, comme dans ce cas, diverses variétés du râle bronchique sec dans le lieu où existait le rétrécissement; tantôt, moins prononcé, il n'a pas notablement modifié le bruit respiratoire; il n'a donné lieu à aucun symptôme spécial.

7. Nous allons rapprocher des cas précédens un autre cas dans lequel le rétrécissement des bronches a été le résultat tout mécanique de leur compression par une tumeur.

IVe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Compression des grosses bronches du poumon droit par une masse de mélanose enkystée. Bruit respiratoire plus faible à droite.

Un vieillard entra à la Charité dans un degré déjà avancé de dépérissement; il toussait, et expectorait une

grande quantité de crachats puriformes. Par l'auscultation nous reconnûmes que le bruit respiratoire était très-intense à gauche, *puéril*, tandis qu'à droite il était beaucoup plus faible. Des deux côtés, d'ailleurs, on entendait en différens points un mélange de râle ronflant et muqueux. La sonoréïté était égale à droite et à gauche. Une abondante diarrhée existait depuis longtemps. Cet individu succomba peu de jours après son entrée.

Ouverture du cadavre.

La racine du poumon droit était occupée par une masse énorme de mélanose, qui semblait avoir eu son point de départ dans les ganglions bronchiques, dont on ne reconnaissait plus aucune trace. La bronche, qui résulte immédiatement de la bifurcation de la trachée-artère, était comprise dans cette masse, et comprimée par elle, au point de ne plus égaler à peine que la moitié du calibre de la bronche principale de l'autre poumon. — Rougeur générale de la muqueuse bronchique. — Ulcération dans le gros intestin.

Chez cet individu, comme chez le sujet de l'observation deuxième, le rétrécissement des bronches, en empêchant une aussi grande quantité d'air d'entrer à-la-fois dans le poumon, y diminua l'intensité du bruit respiratoire, qui, au contraire, était très-fort du côté opposé, comme si une compensation avait été établie entre les deux poumons, sous le rapport de la quantité d'air reçue par chacun dans un temps donné.

Chez les enfans, il n'est pas rare de voir les bronches

comprimées et rétrécies à leur origine par des masses de ganglions tuberculeux. Enfin l'on a vu le même effet être produit par des anévrysmes de l'aorte.

8. Des observations précédentes il résulte, qu'aucun symptôme constant n'annonce le rétrécissement des bronches. Il en présente de différens, selon son siége, son étendue, et surtout selon ses degrés. Ainsi, il existe souvent sans donner lieu à aucun phénomène particulier. Le rhonchus qu'il produit quelquefois, la diminution d'intensité du bruit respiratoire qui, dans d'autres cas, en est la suite, sont sans doute des phénomènes bien tranchés; mais résultant également d'un grand nombre de lésions différentes, ils ne peuvent servir à fonder le diagnostic du rétrécissement des bronches.

9. Les bronches, atteintes de phlegmasie chronique, subissent quelquefois un genre d'altération opposé au précédent : elles se dilatent dans une partie plus ou moins grande de leur étendue.

La dilatation des bronches n'a été signalée d'une manière spéciale que dans ces derniers temps par M. le professeur Laënnec. Son ouvrage sur l'auscultation médiate contient sur ce sujet de précieux détails d'anatomie pathologique. Mais à l'époque où M. Laënnec publia ses recherches, il ne possédait encore que peu de faits sur cette matière, et c'est en quelque sorte *à priori* qu'il a tracé les symptômes de la dilatation des bronches, laissant aux observateurs qui le suivraient la tâche aisée de vérifier ses idées. Depuis que les travaux de M. Laënnec ont appelé l'attention des médecins sur la dilatation

des bronches, nous avons eu plusieurs fois occasion de l'observer, et nos propres recherches ont pleinement confirmé l'exactitude de tout ce que M. Laënnec avait avancé. Toutes les fois que la dilatation des bronches était considérable, elle nous a été annoncée par la résonnance de la voix, plus ou moins semblable à la pectoriloquie; à un moindre degré, des signes assez caractéristiques nous ont également conduit à en soupçonner l'existence. Enfin, à un degré encore plus faible, elle n'a été annoncée par aucun symptôme particulier. On trouvera dans les observations suivantes des exemples de ces diverses nuances.

Ve OBSERVATION.

Bronchite chronique générale. Dilatation d'un seul rameau bronchique. Absence de symptômes caractéristiques de cette dilatation. Cancer de l'estomac.

Un couvreur, âgé de soixante-deux ans, toussait depuis cinq ou six ans lorsqu'il entra à l'hôpital dans le cours du mois d'avril 1822. En outre, depuis deux années environ il avait commencé à offrir les symptômes d'une maladie organique de l'estomac. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, il était déjà dans un degré avancé du marasme, résultat de l'affection gastrique. Il toussait fréquemment, et expectorait des crachats jaunes et épais en assez grande quantité. La poitrine percutée rendait partout un son net. Auscultée, la respiration s'entendait des deux côtés avec mélange des divers râles bronchiques. Cet homme succomba aux progrès de sa maladie d'estomac, trois semaines après son entrée.

Ouverture du cadavre.

Parenchyme pulmonaire sain et crépitant, engoué postérieurement; concrétion calcaire enkystée, du volume d'une noisette, vers le sommet du poumon droit. Les bronches des deux poumons présentaient de nombreuses plaques rouges à leur surface interne. Beaucoup de mucus les remplissait. Dans le lobe moyen du poumon droit nous trouvâmes une bronche qui égalait au moins trois fois le diamètre de celle qui la précédait, tandis que dans l'état sain elle aurait dû lui être inférieure en grosseur. Les conduits qui naissaient de cette bronche dilatée avaient leur capacité ordinaire. Cancer ulcéré dans la portion pylorique de l'estomac. Autres organes sains. Cette dilatation, ainsi limitée à un seul conduit, ne parut exercer aucune influence et ne fut annoncée par aucun symptôme particulier.

VI[e] OBSERVATION.

Bronchite chronique avec anévrysme du cœur. Dilatation générale des bronches d'un lobe pulmonaire. Résonnance particulière de la voix, et respiration comme *soufflante* dans ce même lobe.

Un porteur à la halle, âgé de soixante-six ans, entra à la Charité au commencement du mois de janvier 1822. Il présentait alors tous les signes d'une affection organique du cœur: orthopnée, bouffissure de la face, anasarque, battemens du cœur s'entendant avec impulsion légère à la région précordiale et au bas du sternum, clairs et bruyans sous les deux clavicules (hypertrophie des ven-

tricules avec dilatation de leur cavité). En auscultant la poitrine dans l'espace compris entre la clavicule du côté droit et le sein du même côté, et en arrière dans la fosse sus-épineuse, nous reconnûmes que dans cette étendue la voix résonnait beaucoup plus que dans aucun autre point du thorax; mais c'était plutôt un retentissement particulier qu'une véritable pectoriloquie. Dans cette même étendue, chaque fois que le malade inspirait, on eût dit qu'un individu soufflait avec force à l'extrémité du cylindre appliqué sur la poitrine; partout ailleurs le bruit de la respiration s'entendait comme de coutume, avec mélange de râle muqueux dans plusieurs points. Le malade ne tarda pas à succomber à la manière des anévrysmatiques.

Ouverture du cadavre.

Poumons fortement engoués d'un liquide séreux incolore, rougeur violacée des bronches. En comparant les lobes supérieurs pulmonaires à droite et à gauche, nous reconnûmes une dilatation manifeste dans toutes les bronches du lobe supérieur droit; en quelque endroit que l'on incisât le tissu de ce lobe, on rencontrait des orifices bronchiques béant, aussi volumineux à peu près que la bronche principale qui se ramifie dans ce même lobe. Les parois de ces conduits, considérablement épaissies, présentaient d'espace en espace des cerceaux cartilagineux aussi manifestes et aussi durs qu'à la bifurcation de la trachée-artère. En deux ou trois points, la membrane muqueuse parut légèrement ulcérée. Hypertrophie des deux ventricules avec dilatation de leurs cavités; plaques cartilagineuses dans l'aorte. Rougeur générale de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Chez ce malade, la dilatation des bronches, plus considérable et plus superficielle que chez le précédent, fut annoncée par deux symptômes bien tranchés, savoir, la grande résonnance de la voix, et le *souffle* particulier du murmure inspiratoire.

VIIe OBSERVATION.

Bronchite chronique, compliquée de pneumonie aiguë. Résonnance de la voix, et respiration comme *soufflante* du côté opposé à celui de la pneumonie. Soupçon de dilatation des bronches.

Un homme âgé de quarante ans environ, présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours du mois d'août 1823 : douleur au-dessous du sein gauche, râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur du poumon de ce côté; son un peu mat, crachats rouillés et visqueux, dyspnée, fièvre. Ecoutée à droite, la respiration était nette et très-forte partout; mais en arrière, au niveau de la fosse sous-épineuse, chaque fois que l'air pénétrait dans les vésicules pulmonaires, on entendait une sorte de souffle très-intense; et lorsque le malade parlait, sa voix avait dans le même point une résonnance toute particulière; rien de semblable ne s'entendait dans le reste du côté droit. La pneumonie céda à un traitement convenable; cependant le malade, bien qu'en pleine convalescence, toussait encore, et l'on entendait encore dans la fosse sous-épi

neuse droite la même résonnance de la voix, le même souffle dans l'inspiration. Nous apprîmes alors que cet individu était atteint, depuis quatre ans environ, d'une bronchite chronique qui n'avait d'ailleurs exercé aucune influence fâcheuse sur sa santé. Son embonpoint, l'excellent état de sa nutrition, la rapidité et la plénitude de son rétablissement, ne permettaient pas de penser qu'il y eût chez cet individu une excavation tuberculeuse creusée dans le parenchyme pulmonaire; mais nous fûmes portés à croire que chez lui plusieurs bronches superficielles du lobe moyen du poumon droit avaient subi une dilatation considérable. Cette dilatation partielle, loin d'être l'effet de la bronchite, était peut-être la cause de la toux habituelle qui le tourmentait, et que paraissait n'accompagner d'ailleurs aucun dérangement notable de la santé.

VIIIe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Dilatation de plusieurs bronches. Pectoriloquie. Ulcérations de l'estomac.

Un perruquier, âgé de quarante-six ans, peau brune, cheveux noirs, poitrine bien développée, était sujet depuis plusieurs années à s'enrhumer facilement. Depuis un an, légère oppression habituelle; vers la fin du mois de décembre 1821, hémoptysie pour la première fois. A dater du mois de février 1822, époque à laquelle un nouveau rhume fut contracté, une expectoration très-abondante s'établit, les crachats étaient puriformes et semblaient être au malade d'une insupportable fétidité. Enfin, pendant les huit jours qui précédèrent son entrée

à la Charité, il ressentit dans la partie latérale gauche du thorax une vive douleur, dont il fut atteint pour la première fois après avoir reçu une pluie abondante. Pendant ces huit derniers jours seulement il s'était alité.

Lorsque ce malade entra à la Charité, dans les derniers jours du mois de mars, il était en orthopnée; sa face exprimait une vive anxiété. Il rendait sans effort, et à la suite d'une toux légère, des crachats jaunes, épais, nummulaires, surnageant à une sérosité abondante. Une douleur vive existait dans toute la partie latérale gauche du thorax, et ne permettait pas de pratiquer la percussion. Ausculté, le murmure inspiratoire était fort et net à droite, beaucoup plus faible à gauche, tant en avant qu'en arrière. La voix résonnait avec force dans tout le côté gauche; de ce même côté, en avant au niveau du sein, et en arrière un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, il y avait pectoriloquie évidente. Le pouls était peu fréquent, la peau chaude et sèche. Les fonctions digestives ne paraissaient point notablement troublées.

D'après l'ensemble de ces symptômes, le diagnostic ne semblait pas douteux. M. Lerminier regarda ce malade comme atteint d'une phthisie pulmonaire dont la marche avait été lente. La nature des crachats, la pectoriloquie, paraissaient indiquer que des cavernes étaient déjà formées. Les symptômes aigus, qui avaient apparu depuis huit jours, semblaient être le résultat d'une inflammation de la plèvre gauche; l'absence presque complète du bruit de la respiration à gauche pouvait être également considérée, soit comme le résultat de la dou

leur qui s'opposait au mouvement des côtes de ce côté, soit comme le produit d'un épanchement. (*Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*)

Dans les premiers jours d'avril, l'expectoration changea de caractère. C'était un liquide grisâtre, s'écoulant en nappe, très-fétide, tellement abondant, qu'il remplissait en vingt-quatre heures plus du triple du crachoir ordinaire. Pendant les mois d'avril et de mai, le malade s'affaiblit progressivement. La douleur de côté persista; cette douleur ne lui permettait pas de se coucher à gauche, et dès qu'il se plaçait sur le côté droit il étouffait. Les crachats, toujours aussi abondans devenaient de plus en plus fétides. Chaque soir le malade avait du frisson, et une chaleur brûlante toute la nuit; mais il ne *suait jamais* : circonstance qui nous paraissait remarquable chez un individu que nous regardions comme atteint de tubercules pulmonaires. Le matin, et dans la journée, le pouls était à peine fréquent. — Vers la fin du mois d'avril, le malade commença à éprouver le plus grand dégoût pour toute espèce d'aliment; la langue conservait toutefois son aspect naturel. Il n'y eut jamais ni vomissement, ni douleur épigastrique. — Au commencement du mois de mai, la diarrhée survint, elle parut et disparut alternativement pendant tout ce mois et la première quinzaine de juin. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade prit des tisanes adoucissantes, du lichen, des pilules balsamiques de Morton. Le dévoiement fut combattu tour-à-tour par la décoction blanche de Sydenham, la décoction de cachou, des pilules composées d'alun et d'extrait de ratanhia. Des vésicatoires volans furent plusieurs fois appliqués, soit sur les parois

thorachiques, soit aux membres inférieurs. Pendant les premiers jours de juin le malade dépérit rapidement; il tomba dans un état d'assoupissement continuel, dont on avait peine à le tirer. Il succomba le 16 juin.

Ouverture du cadavre, dix-huit heures après la mort.

Degré très-avancé du marasme.

Crâne. Quantité notable de sérosité légèrement trouble dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface extérieure des hémisphères cérébraux. Très-peu de liquide transparent et incolore dans les ventricules.

Thorax. Quelques concrétions albumineuses, membraniformes, tapissaient çà et là la plèvre pulmonaire gauche. Aucune adhérence ne l'unissait à la plèvre costale.

Le poumon gauche crépitait généralement très-peu; cependant, plongé dans l'eau, son tissu surnageait. Dans son lobe supérieur existait une cavité assez large pour admettre une noix de moyenne grosseur, et remplie d'un liquide analogue à la matière de l'expectoration. Un tuyau bronchique pouvant recevoir au plus une plume à écrire, s'ouvrait dans son intérieur. La dissection nous convainquit bientôt qu'il y avait continuation entre les parois de la bronche et celles de la cavité, et qu'un même tissu les formait l'une et l'autre; on retrouvait dans toutes deux et la membrane muqueuse rouge et épaissie, et la membrane fibreuse, et quelques traces des cerceaux cartilagineux. Il nous parut dès-lors évident que ce que nous avions pris d'abord pour une excavation tuberculeuse, n'était autre chose qu'une dilatation considérable d'un rameau bronchique. En plusieurs points

des parois de la portion ainsi dilatée, existaient de petits orifices qui conduisaient dans d'autres bronches.

En suivant d'autres ramifications bronchiques, soit dans le lobe supérieur, soit dans l'inférieur de ce même côté, nous vîmes un grand nombre d'entre elles acquérir tout-à-coup une largeur triple ou quadruple, puis se rétrécir de nouveau, pour s'agrandir encore. Nous n'en remarquâmes d'ailleurs aucune se terminer en cul-de-sac; toutes, au contraire, dans les points dilatés, offraient à leur surface interne plusieurs petites ouvertures, qui étaient les orifices d'autant de tuyaux bronchiques presque capillaires. Le tissu pulmonaire situé entre ces bronches ainsi agrandies, paraissait comme comprimé et assez semblable au tissu d'un poumon qu'un épanchement pleurétique a plus ou moins fortement refoulé.

Le poumon droit, beaucoup plus crépitant que l'autre, présentait aussi quelques-unes de ses bronches dilatées, mais à un moindre degré. Ces dilatations étaient partielles et consistaient en de petits renflemens pleins d'un liquide puriforme, et ayant, terme moyen, assez de capacité pour admettre une noisette. Pour former ces renflemens, des rameaux peu considérables se dilataient d'espace en espace, puis reprenaient leurs premières dimensions. Les plèvres costale et pulmonaire de ce côté étaient unies entre elles par d'anciennes adhérences celluleuses. Le cœur avait un petit volume; ses cavités droites contenaient un caillot blanc, assez dense, et fortement adhérent aux colonnes charnues.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac présentait, le long de la grande courbure, cinq à six

petites ulcérations superficielles, à bord et à fond rougeâtres. État sain de l'estomac dans le reste de son étendue, vive injection de la membrane muqueuse des colons transverse et descendant.

Nous trouvons dans cette observation, 1°. une dilatation d'un conduit bronchique assez considérable pour former une véritable cavité au milieu du parenchyme pulmonaire refoulé autour d'elle; 2°. une série de petits renflemens successifs dans l'étendue d'un même tuyau. Aucun symptôme spécial n'annonça l'existence de cette seconde variété de dilatation; au contraire, la dilatation plus considérable des bronches du poumon gauche fut annoncée, comme dans les cas précédens, par une résonnance particulière de la voix. Enfin, la grande dilatation qui existait dans le lobe supérieur du poumon gauche, donna lieu à une véritable pectoriloquie. Mais tandis que, dans les cas précédens, l'entrée de l'air dans les bronches dilatées était accompagnée d'une sorte de *souffle* fort remarquable, ici, au contraire, non-seulement ce souffle n'existait pas, mais encore le murmure inspiratoire était notablement plus faible à gauche qu'à droite. Cette moindre intensité du bruit de la respiration, du côté où la dilatation était la plus grande, dépendait-elle de la compression qu'avaient dû exercer sur le tissu pulmonaire les bronches dilatées? De là, affaissement des cellules et diminution de la quantité d'air qui y pénètre habituellement.

D'ailleurs, tous les symptômes semblaient indiquer l'existence d'une phthisie pulmonaire; l'absence seule des

sueurs, phénomène si constant dans cette maladie, aurait pu nous porter à douter un peu de la dégénération tuberculeuse des poumons. C'est uniquement dans la muqueuse bronchique qu'avaient leur source ces crachats nummulaires, purulens, qui annoncent ordinairement d'une manière à-peu-près certaine l'existence d'une excavation tuberculeuse. Leur extrême fétidité est aussi digne de remarque. Dans l'une des observations de dilatation des bronches, citées par M. Laënnec, l'expectoration du malade était également d'une grande fétidité.

La phlegmasie ulcérative, comme disait Hunter, dont l'estomac était le siége, ne fut annoncée chez ce malade ni par la douleur, ni par les vomissemens, ni par la soif, ni par la rougeur de la langue ; l'on observa seulement une anorexie complète, un dégoût extrême pour les alimens. Combien, dans ce cas, une médication tonique n'eût-elle pas été fâcheuse ! elle aurait pu momentanément réveiller l'appétit ; mais une surexcitation funeste en aurait résulté. Conclurons-nous de ce fait qu'une anorexie complète indéfiniment prolongée peut suffire dans tous les cas pour annoncer une inflammation latente de l'estomac ? Non, sans doute ; car chez des individus qui depuis long-temps avaient perdu l'appétit, et particulièrement chez des phthisiques, nous avons trouvé l'estomac entièrement exempt de phlegmasie. Je ne doute pas que, dans ce dernier cas, des toniques amers, sagement administrés, tels que la rhubarbe, le colombo, le quinquina, etc., ne puissent être aussi utiles qu'ils eussent été nuisibles dans le cas actuel. Mais revenons à notre sujet.

IXe OBSERVATION.

Bronchite chronique partielle. Dilatation de quelques rameaux bronchiques. Râle muqueux dans les points correspondans. Cancer du foie.

Un homme de cinquante ans environ succomba à une affection cancéreuse du foie. Il avait été long-temps tourmenté par une toux opiniâtre avec expectoration très-abondante et puriforme. Nous avions souvent ausculté la poitrine, et chaque fois nous avions reconnu un râle muqueux très-prononcé dans le côté gauche du thorax, soit en arrière au niveau de la fosse sous-épineuse, soit en avant, au niveau et en dedans de la mamelle. D'ailleurs, dans ces différens points, la résonnance de la voix n'était pas plus grande, la percussion donnait un son clair. Cet homme n'avait aucun des signes de la dégénération tuberculeuse des poumons, et le râle dont plusieurs points du poumon gauche étaient le siége, nous parut dépendre uniquement de l'accumulation du mucus dans les bronches. L'autopsie cadavérique justifia cette partie de notre diagnostic. La plupart des bronches du lobe inférieur du poumon gauche étaient rouges à leur surface interne, et remplies d'un mucus puriforme. Mais de plus, quelques rameaux présentaient d'espace en espace de petits renflemens, la plupart fusiformes, à parois extrêmement minces, et s'affaissant dès que par l'incision ou par une pression légère on les vidait du mucus qui les remplissait. Les bronches du lobe supérieur de ce poumon et de la totalité du poumon droit étaient pâles et vides.

L'auscultation annonça dans ce cas, avec une grande précision, le siége et l'étendue de la bronchite; mais elle ne fournit aucun signe qui pût porter à soupçonner l'existence de la dilatation des bronches.

10. D'après les observations précédentes et celles qui sont consignées dans l'ouvrage de M. Laënnec, on peut, je crois, établir trois variétés principales de dilatation des bronches, tant sous le rapport de la nature de la lésion, que sous celui des symptômes qui l'annoncent.

Dans une première variété, une ou plusieurs bronches présentent dans toute leur étendue une augmentation plus ou moins considérable de capacité. Quelquefois alors les conduits qui résultent de la quatrième, cinquième ou sixième division de la bronche principale de chaque poumon, ont un diamètre égal, ou même supérieur au diamètre de celle-ci. Tantôt cette dilatation n'affecte qu'un seul rameau; tantôt elle existe dans plusieurs; elle s'étend même quelquefois aux rameaux bronchiques de tout un lobe. Ce genre de dilatation ne saurait être considéré dans tous les cas comme le résultat d'une simple distension passive des parois bronchiques. Souvent, en effet, ces parois présentent une épaisseur évidemment plus grande que dans leur état physiologique; la membrane muqueuse est plus consistante, plus dense que de coutume, quelquefois ulcérée; la membrane fibreuse, ordinairement si mince dans les petites bronches, est dure, résistante, et le tissu cartilagineux qui, dans l'état sain, n'y existe plus ou ne s'y montre que sous forme de grains isolés, y est beaucoup plus apparent. Ce premier

genre de dilatation des bronches n'est donc pas, au moins dans tous les cas, le résultat purement mécanique des efforts de toux ou de l'accumulation du mucus; c'est une sorte d'hypertrophie du tissu des parois bronchiques.

Peu considérable ou peu étendue, cette première variété de la dilatation des bronches ne peut être que difficilement reconnue pendant la vie. Portée à un plus haut degré, elle s'annonce par des symptômes assez caractéristiques. Ainsi, dans un des cas que nous avons cités, où la plupart des bronches du lobe supérieur du poumon droit étaient considérablement dilatées, la voix résonnait tellement, soit au-dessous de la clavicule, soit dans la fosse sus-épineuse, que l'on aurait pu croire à l'existence d'une excavation tuberculeuse. Souvent l'on entend en même temps, là où existe la dilatation, tantôt un râle muqueux très-prononcé, un véritable gargouillement analogue au gargouillement des cavernes pleines; tantôt ce gargouillement est remplacé par une sorte de *souffle* très-prononcé, tel qu'il n'est pas rare de l'entendre dans des excavations tuberculeuses vides de liquides.

Dans une seconde variété on n'observe plus la dilatation uniforme d'une ou plusieurs bronches dans toute leur étendue; mais un de ces conduits présente, en un point seulement de son étendue, un renflement plus ou moins considérable; il en résulte une véritable cavité accidentelle qui refoule autour d'elle le parenchyme pulmonaire. Ainsi, l'une de nos observations nous a montré dans l'un des lobes pulmonaires une cavité assez vaste pour contenir une noix. Sa surface interne présentait

un assez grand nombre d'orifices qui menaient chacun dans une bronche d'un diamètre presque capillaire. On pouvait reconnaître facilement dans les parois de cette cavité, la texture des parois bronchiques, soit la membrane muqueuse qui se continuait des petits conduits dans son intérieur, soit la membrane fibreuse, qui, dans toute l'étendue de la dilatation, était beaucoup plus apparente et plus dense que dans les rameaux bronchiques du voisinage. Il semblait qu'ici encore la cavité de la bronche s'était agrandie à mesure que ses parois s'étaient épaissies, ainsi qu'on l'observe dans certaines dilatations de l'aorte coïncidant avec une hypertrophie de ses membranes. Plus haut nous avons vu que d'autres fois, au contraire, l'épaississement des parois de la bronche coexiste avec le rétrécissement de sa cavité.

Le diagnostic de cette seconde variété doit être plus ou moins facile, selon la situation et la grandeur de la dilatation. Elle peut être annoncée soit par une véritable pectoriloquie, soit par un souffle caractéristique qui se fait entendre chaque fois que l'air pénètre dans les poumons.

Enfin, dans une troisième variété, un même tuyau bronchique, dilaté par intervalles, présente dans sa longueur une suite de renflemens et de rétrécissemens successifs. En incisant le parenchyme pulmonaire, on le trouve comme parsemé d'une grande quantité de petites tumeurs arrondies, remarquables par leur couleur blanche, qu'elles doivent au liquide puriforme qui les remplit. En pénétrant dans leur cavité avec la pointe d'un scalpel, on s'assure facilement que ces tumeurs se continuent avec de petites bronches qui, pour les for-

mer, se renflent d'espace en espace. Dans les cas de ce genre soumis à notre observation, les bronches ne nous ont pas paru, comme dans les deux premières variétés, avoir augmenté d'épaisseur dans les endroits dilatés; leurs parois étaient au contraire très-minces. On serait donc porté à admettre que, dans cette dernière variété, les petits renflemens partiels des bronches ne sont que le résultat mécanique de leur distension par le mucus dans les points où leurs parois offrent le moins de résistance, soit par diminution de leur élasticité, soit par un véritable amincissement. Ce genre de dilatation semble être d'ailleurs moins rare chez les enfans que chez les adultes. J'en ai plusieurs fois constaté l'existence avec M. le docteur Guersent à l'hôpital des enfans malades.

On conçoit d'ailleurs que le diagnostic de cette troisième variété est à peu près impossible à établir. On ne peut tout au plus que la soupçonner d'après l'ancienneté de la bronchite, les caractères de la toux, l'abondance et la nature des crachats, les différens râles qui se font entendre, etc.

ARTICLE II.

ALTÉRATIONS DE SÉCRÉTION DE LA MUQUEUSE BRONCHIQUE.

11. La membrane muqueuse des voies aériennes ne peut s'enflammer, sans que le liquide qu'elle sécrète habituellement ne présente des modifications, dont les unes sont relatives à sa quantité, et les autres à ses qualités. L'obstruction plus ou moins grande des bronches par ce

liquide, modifie nécessairement le bruit respiratoire qui existe dans l'état sain. Au lieu d'entendre le bruit net d'expansion pulmonaire, on entend un râle, qui est évidemment dû au déplacement du liquide par la colonne d'air qui pénètre dans les bronches à chaque inspiration. Nous désignons ce bruit particulier sous le terme générique de râle bronchique humide (râle muqueux de M. Laënnec). Il est bien loin d'être aussi caractéristique que le râle bronchique sec dont nous avons précédemment parlé; tantôt il se confond par des nuances insensibles avec le râle de la pneumonie, dont il sera question plus bas. Tantôt, ayant surtout son siége dans les bronches les plus volumineuses, il se rapproche plus ou moins complètement du gargouillement qui annonce la présence d'une excavation tuberculeuse. Dans ce cas, le siége du râle, son étendue, la considération des autres symptômes peuvent éclairer le diagnostic plus sûrement que la nature même du bruit que l'on entend. L'observation suivante justifiera ce que nous venons d'avancer.

Xe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Râle bronchique humide (mélange de muqueux et de crépitant) dans toute l'étendue des deux poumons.

Un garçon de chantier, âgé de quarante-huit ans, fortement constitué, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'année 1821; alors il contracta un rhume qui a continué jusqu'à ce moment (mai 1824). Cependant il n'a jamais cessé de travailler; la veille même de son entrée

à l'hôpital, il se livrait encore à ses occupations habituelles; il fut pris alors d'une vive douleur pleurétique du côté droit, avec fièvre et dyspnée. Entré à la Charité, il fut immédiatement saigné, et le côté douloureux fut couvert de sangsues. — Le lendemain, la douleur avait diminué, la respiration était plus libre, mais le pouls conservait de la fréquence, sans que d'ailleurs la peau fût chaude; les quintes de toux étaient fréquentes, pénibles, l'expectoration était formée par un mucus verdâtre, épais, divisé en plaques arrondies qui surnageaient à une abondante sérosité. La poitrine percutée résonnait bien partout. L'auscultation faisait entendre dans tous les points du thorax un bruit de râle très-manifeste: en un grand nombre d'endroits on entendait comme de grosses bulles d'air crevant à la surface d'un liquide; ailleurs c'était un bruit analogue au râle trachéal des mourans; dans d'autres points enfin les bulles d'air paraissant plus petites et plus multipliées, semblaient produire, chaque fois qu'elles crevaient, un bruit qui pouvait être assez exactement comparé à la décrépitation d'un sel que l'on projette sur un corps en ignition. —Les battemens du cœur s'entendaient avec bruit sans impulsion à la partie inférieure du sternum. La respiration était courte, accélérée. Depuis long-temps la digestion stomacale ne se faisait pas bien. Le malade avait très-peu d'appétit, de fréquentes douleurs épigastriques; il vomissait de temps en temps ses alimens. La langue avait d'ailleurs son aspect naturel. On observait déjà un commencement de marasme.

M. Lerminier porta le diagnostic suivant: *bronchite chronique compliquée de pleurésie aiguë, dilatation des*

cavités droites du cœur sans hypertrophie de leurs parois, gastrite chronique. Un vésicatoire volant fut appliqué sur le côté de la pleurésie.

Les jours suivans, le point de côté disparut, la fréquence du pouls diminua, les symptômes de bronchite persistèrent. Du 15 mai au 20 juin, les signes de la maladie du cœur se dessinèrent davantage, l'oppression devint de plus en plus considérable; la face prit une teinte violacée; les membres abdominaux s'infiltrèrent d'abord, puis les tégumens de l'abdomen et du thorax. On continua toujours à entendre les différentes variétés de râles que nous avons indiquées. Le malade succomba le 21 juin dans un état de dyspnée extrême. Jusqu'à sa mort il ne prit à l'intérieur que de simples boissons émollientes. Les diurétiques actifs qu'on essaya de lui donner augmentèrent l'épigastralgie et furent rejetés par le vomissement. Des sangsues furent plusieurs fois appliquées à l'anus, des vésicatoires furent entretenus aux extrémités inférieures.

Ouverture du cadavre.

Poumons engoués d'une grande quantité de sérosité sanguinolente, sains d'ailleurs et bien crépitans. Surface interne des bronches très-rouge dans toutes leurs ramifications. Dilatation notable du ventricule droit du cœur sans aucune autre lésion de cet organe ni des gros vaisseaux. Épanchement d'un demi-verre de pus dans la plèvre gauche, circonscrit par de fausses membranes, près de la base du poumon. Ramollissement blanc de la membrane muqueuse de l'estomac dans la plus grande partie du grand cul-de-sac. Ce ramollissement est tel,

que la membrane, très-légèrement grattée avec le dos d'un scalpel, s'enlève sous forme liquide (1).

Cette observation offre un exemple des différentes nuances de râle humide qui peuvent être produites par la seule inflammation des bronches. En plusieurs points ce râle se rapprochait singulièrement du râle crépitant de la pneumonie ; ailleurs il différait à peine du gargouillement des cavernes. Mais d'une part la grande étendue de ce râle, et d'autre part l'absence des signes qui auraient pu indiquer ou une pneumonie ou des tubercules, nous portèrent à penser qu'il n'était que le résultat de la plénitude des bronches par du mucus. Les variétés de ce râle purement bronchique dépendaient sans doute et de la différence du calibre des bronches dans lesquelles se passait le phénomène, et de la différence même de quantité et de qualité du liquide qui obstruait ces conduits, leur calibre étant supposé le même.

Dans ce cas, la maladie du cœur paraît avoir été consécutive à l'affection des bronches, dont l'engorgement habituel pouvait être considéré comme un obstacle permanent au libre afflux du sang dans le poumon. Très-peu de symptômes annonçaient encore l'anévrysme du cœur, lorsque le malade entra à l'Hôpital. L'auscultation seule en révéla l'existence. La double phlegmasie des bronches et de l'estomac était seule évi-

(1) Dans le premier volume de cet ouvrage, page 369 et suiv., nous avons indiqué ce ramollissement remarquable de la muqueuse gastrique, qui, depuis la publication de notre travail, a été décrit avec plus d'étendue et une rare sagacité par M. le docteur Louis.

dente et causait seule les accidens. Mais bientôt la scène changea : on vit apparaître tout le cortége des symptômes qui caractérisent la dilatation des cavités droites du cœur. L'affection de cet organe devint dès-lors la maladie prédominante, et c'est par elle que le malade succomba.

12. Il arrive quelquefois que pendant le cours d'une bronchite on cesse tout-à-coup d'entendre dans une certaine étendue du poumon soit le bruit naturel d'expansion pulmonaire, soit le râle bronchique. Dans cette même portion où l'oreille n'entend plus aucun bruit physiologique ou morbide, la poitrine percutée conserve sa sonoréité accoutumée. En même-temps les malades sont pris d'une dyspnée plus ou moins considérable. Comme M. Laënnec, nous attribuons cette suspension subite du bruit respiratoire à l'obstruction momentanée d'une bronche dont les ramifications se distribuent à la portion de poumon où la respiration a cessé de s'entendre. Dans ce cas, à la suite d'une forte quinte de toux, dont l'effet est d'expulser ou au moins de déplacer la mucosité plus ou moins tenace qui obstruait la bronche, le bruit respiratoire se rétablit avec autant de promptitude qu'il avait disparu, et la dyspnée cesse. Cependant, dans quelques cas plus rares, le bruit d'expansion pulmonaire ne se rétablit pas, la difficulté de respirer augmente, la suffocation devient imminente, et la mort par asphyxie a bientôt lieu. La bronchite la plus légère peut de la sorte se transformer tout-à-coup en une maladie très-grave et rapidement mortelle. Les deux observations suivantes vont nous offrir des faits de ce genre.

XIe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Obstruction d'une bronche par du mucus. Mort par asphyxie.

Un ouvrier sur les ports, âgé de quarante-trois ans, était entré à la Charité pour se faire soigner d'un rhumatisme articulaire; il avait de plus, depuis deux mois environ, une toux opiniâtre avec expectoration de crachats épais et tenaces. Percutée plusieurs fois, la poitrine rendit toujours un son clair. Auscultée, la respiration s'entendait très-nette dans tout le côté gauche, et avec mélange de râle muqueux dans les lobes supérieur et moyen du poumon droit. Il n'y avait d'ailleurs aucune dyspnée. Déjà plusieurs émissions sanguines avaient été pratiquées pour combattre la phlegmasie articulaire, lorsqu'un jour, au milieu d'une forte quinte de toux, le malade fut pris tout à coup d'une gêne extrême de la respiration. Le reste de la journée et toute la nuit, orthopnée, efforts de toux presque continuels. Le lendemain matin, asphyxie imminente, face gonflée et violette, extrémités livides, pouls misérable. Le malade, prononçant à peine quelques mots d'une voix haletante, suppliait qu'on le débarrassât d'un poids énorme qu'il disait sentir au niveau du sein droit, et qui l'étouffait. La sonoréité de la poitrine n'avait pas diminué. Le bruit de la respiration était *puéril* dans tout le côté gauche; à droite en arrière, l'on entendait du râle muqueux en plusieurs points; mais de ce même côté en

avant, depuis la clavicule jusqu'un peu au-dessous du sein, et en arrière dans la fosse sus-épineuse, l'on n'entendait ni respiration ni râle, bien que la poitrine se soulevât avec force; *nous crûmes à l'existence d'un emphysème pulmonaire.* A peine avions-nous quitté le lit du malade qu'il expira.

Ouverture du cadavre.

Les viscères du crâne et de l'abdomen ne présentèrent rien de remarquable, si ce n'est une injection veineuse générale.—Le cœur, bien proportionné, contenait, dans ses cavités droites, un sang noir à moitié coagulé. Les poumons, engoués comme dans beaucoup de cadavres, offraient d'ailleurs un tissu qui, partout, surnageait à l'eau. Rien de notable dans le larynx et la trachée-artère. Nous restions dans une complète ignorance sur la cause des accidens et de la mort; rien surtout ne nous expliquait l'absence du bruit respiratoire reconnue pendant la vie dans la partie supérieure du poumon droit, absence que nous avions rapportée à un emphysème. Mais en incisant les bronches, la pointe mousse de nos ciseaux rencontra, à l'origine d'un large tuyau aérifère, une masse de mucus concret, demi-solide, qui fermait comme un bouchon ce conduit membraneux, et se prolongeait, en s'amincissant, dans son intérieur. C'est de cette bronche, ainsi oblitérée, que naissaient les rameaux qui allaient porter l'air dans le lobe supérieur du poumon. La muqueuse bronchique était d'ailleurs très-rouge.

On pourrait s'étonner que, chez cet individu, des

symptômes aussi graves aient résulté de l'interception de l'entrée de l'air dans une assez petite portion seulement des poumons, tandis que chez un grand nombre de malades, dont la presque totalité des deux poumons est devenue imperméable à l'air, la vie se soutient pendant long-temps, sans qu'il y ait même souvent beaucoup de dyspnée; mais chez eux, la perméabilité des poumons n'a cessé que peu à peu, tandis que chez notre malade l'interception de l'air a été subite.

Remarquons encore que si, dans ce cas, l'inspection des bronches n'eût point été faite avec soin, l'on aurait pu, à défaut de lésion appréciable, regarder la maladie comme un asthme nerveux; et cette dyspnée, qui dépendait d'une cause toute mécanique, aurait pu être même considérée comme un exemple remarquable du transport métastatique du rhumatisme sur les poumons.

XIIe OBSERVATION.

Bronchite chronique avec mélanoses. Obstruction d'une bronche par une concrétion muqueuse polypiforme, dyspnée de plus en plus grande, et mort.

Un cocher de fiacre, âgé de cinquante ans, entra plusieurs fois à l'hôpital pour être traité d'un catarrhe pulmonaire invétéré avec dyspnée légère et expectoration puriforme très-abondante. Chaque fois il sortit soulagé, mais non guéri. Nous constatâmes chez cet individu, dans les deux côtés du thorax, toutes les variétés du râle bronchique. Dans un point, la colonne d'air, en pénétrant dans les bronches, imitait le ronflement d'un

homme qui dort profondément; dans un autre point, c'était comme un gémissement sourd et prolongé; ailleurs, le bruit d'un soufflet; ailleurs encore, le roucoulement de la tourterelle parfaitement imité, etc.; en quelques endroits enfin, une sorte de gargouillement semblable au râle trachéal des mourans. La dernière fois que le malade entra à l'hôpital, sa respiration était encore assez libre. Un matin nous le trouvâmes dans un état d'anxiété inaccoutumé; depuis le milieu de la nuit, à la suite d'une violente quinte de toux, sa respiration, disait-il, était devenue subitement très-gênée. En auscultant la poitrine, nous reconnûmes que l'air ne pénétrait plus dans toute l'étendue à peu près du lobe supérieur du poumon droit. Là, en effet, le murmure de la respiration n'existait pas, et l'on n'entendait qu'un râle bronchique éloigné. Cependant, dans cette même partie, la poitrine continuait à bien résonner. La sonoréité était même plus grande qu'au-dessous de la clavicule gauche, où le son était devenu un peu mat depuis quelques mois. Un vésicatoire fut appliqué sur le thorax.

Dans la journée la suffocation devint de plus en plus grande, et le malade succomba la nuit suivante.

Ouverture du cadavre.

Thorax. Mélanoses sous forme de masses noires et dures, au sommet du poumon gauche; état sain, d'ailleurs, du parenchyme pulmonaire. A gauche, bronches d'un rouge livide et remplies de mucus puriforme. A droite, précisément dans le même endroit que chez le malade de l'observation XIe, on trouva la bronche principale, qui distribue l'air au lobe supérieur, obstruée

complètement par un mucus tenace, semblable à une sorte de cylindre plein. Cette concrétion muqueuse se prolongeait en se divisant, à la manière des concrétions polypeuses et vasculaires, dans trois ou quatre rameaux bronchiques. Le cœur et les gros vaisseaux ne présentèrent rien de remarquable, non plus que le larynx et la trachée.

Les réflexions que nous avons faites à l'occasion du malade précédent s'appliquent exactement à celui-ci; le cas est semblable.

15. Une fois l'attention éveillée sur le genre d'accident que nous venons de signaler, le diagnostic n'en semble pas difficile à établir. On doit être porté à soupçonner l'obstruction d'une bronche, si une dyspnée considérable survient brusquement au milieu d'une bronchite simple, et si en même-temps la respiration cesse d'être entendue dans une certaine étendue du poumon, la percussion continuant à donner un son net dans le même point. L'emphysème pulmonaire est la seule maladie qui puisse donner lieu à cet ensemble de signes.

L'indication à remplir dans ce cas est d'ailleurs évidente : pour expulser la concrétion muqueuse qui obstrue les bronches, les secousses du vomissement pourraient être très-utiles; on pourrait aussi faire inspirer avec avantage de la vapeur d'eau simple ou imprégnée de différens arômes. On essaierait encore d'administrer les médicamens tels que le kermès, l'oxymel scillitique, etc., auxquels on accorde la vertu de rendre plus liquide le mucus bronchique, en augmentant l'exhala-

tion pulmonaire. Il ne faudrait pas négliger en même temps, comme moyens palliatifs, et les déplétions sanguines et les révulsifs.

14. Pour bien apprécier les changemens qu'éprouve le mucus des bronches frappées de phlegmasie, il faut avoir égard à l'espèce de sécrétion qui s'opère à leur surface, dans l'état de santé, chez les différens individus. La muqueuse pulmonaire, considérée sous ce rapport, présente autant de variétés que la membrane des fosses nasales. Beaucoup de personnes, en effet, sans être enrhumées, expectorent à diverses époques de la journée, et principalement le matin, une quantité plus ou moins grande de matières, tantôt ténues et transparentes comme les crachats de la bronchite à son début, tantôt épaisses, gluantes et opaques, comme les crachats de la bronchite chronique.

Lorsqu'une phlegmasie bronchique attaque un individu qui ne crache point habituellement, la toux chez lui est d'abord sèche, et se maintient long-temps dans cet état. Ceux qui ont naturellement la poitrine grasse, selon l'expression vulgaire, cessent d'expectorer si l'inflammation est vive; si elle est plus légère, l'expectoration continue à avoir lieu; la quantité des crachats est même augmentée, mais leurs qualités habituelles sont changées.

15. Suivie dans les diverses phases de la bronchite aiguë, l'expectoration se présente ordinairement avec les modifications suivantes :

Au début de la maladie la toux est sèche, excepté

dans le cas que nous avons signalé. Tant que cette toux sèche persiste, la bronchite doit être considérée comme étant encore à sa première période. Au bout d'un temps dont la longueur varie suivant les dispositions individuelles, et suivant que les malades se sont ou ne se sont pas soumis à un traitement convenable, chaque quinte de toux est suivie de l'expectoration d'une mucosité claire, transparente et glaireuse comme du blanc d'œuf; lorsqu'on la verse d'un vase dans un autre, on la voit s'écouler en une seule masse d'une ténacité extrême. Tantôt elle file comme du verre fondu; tantôt elle s'étend en une sorte de toile transparente et filandreuse, dont l'aspect présente assez d'analogie avec celui de la muqueuse très-fine qui tapisse les sinus frontaux ou maxillaires; sa ténacité et sa viscosité sont d'autant plus grandes que l'irritation de la muqueuse est plus considérable. Lorsque le malade est tourmenté de violentes quintes de toux, accompagnées d'une vive chaleur dans l'intérieur de la poitrine, d'une oppression marquée, d'une anxiété générale très-grande, la matière expectorée acquiert une viscosité remarquable. Alors, si on incline le vase qui la contient, on voit qu'elle ne s'en détache plus aussi facilement; elle adhère aux bords du vase par de longues stries, et elle se rapproche un peu des crachats gélatiniformes de la pneumonie aiguë.

16. Lorsque l'inflammation bronchique est accompagnée de fièvre, la viscosité des crachats devient également plus forte pendant le paroxysme fébrile; et, comme en même-temps les autres symptômes de la bronchite s'exaspèrent, un praticien peu exercé pourrait être

trompé par cette viscosité assez grande des crachats, et la regarder mal à propos comme le signe d'une phlegmasie du parenchyme même du poumon. Mais, s'il observe de nouveau les crachats après la cessation du paroxysme, il trouvera qu'ils ont perdu leur viscosité, et la méprise ne sera plus possible.

D'autres fois, toute espèce d'expectoration se supprime pendant le paroxysme ; ce qui indique un surcroît d'irritation dans la membrane muqueuse.

Quelques malades présentent, vers la fin de la sueur qui termine le paroxysme, une expectoration copieuse de crachats épais et opaques, tels qu'ils se montrent dans la dernière période de la bronchite aiguë. Mais ce n'est là qu'un état passager, et bientôt le malade expectore de nouveau une mucosité claire et limpide, comme avant l'exacerbation fébrile. Ainsi on voit l'expectoration se montrer dans un seul paroxysme souvent assez court, avec toutes les modifications qu'elle présente dans les diverses périodes de la bronchite.

17. Une écume plus ou moins abondante existe ordinairement à la surface des crachats. Sa quantité dépend de la facilité avec laquelle ils sont rejetés. Si le malade n'expectore qu'après une quinte prolongée, pendant laquelle l'air, plusieurs fois inspiré et expiré, s'est mélangé intimement avec les mucosités qui remplissent les canaux aériens, les crachats qu'il rend sont unis à une très-grande quantité d'air, qui forme à leur surface une sorte de mousse dont on ne les sépare que très-difficilement.

18. Les crachats, dans cette première période, sont

souvent sillonnés par quelques stries de sang, provenant de petits vaisseaux qui se sont rompus au milieu d'un effort de toux. Le sang est alors mêlé au mucus; mais il n'est pas combiné avec lui comme cela a lieu dans les crachats rouillés de la pneumonie.

19. Il arrive quelquefois qu'au milieu de la mucosité transparente, existent, en nombre plus ou moins grand, de petits grumeaux d'un blanc mat; ils ne viennent point du poumon, et paraissent sécrétés dans le pharynx, l'arrière-bouche et la bouche, par les cryptes multipliés dont est pourvue la muqueuse de ces parties. Ces grumeaux ont été regardés à tort comme des débris de tubercules pulmonaires, et par conséquent comme l'un des signes pathognomoniques de la phthisie.

20. Tant que les crachats présentent l'aspect que nous venons de signaler, les symptômes de l'irritation bronchique ne s'amendent pas; la matière expectorée est encore à l'état de crudité, selon l'expression consacrée par les Anciens, expression en rapport avec leurs théories humorales. Mais à mesure que la phlegmasie s'avance vers la résolution, les crachats changent de caractère. La mucosité qui les forme perd peu-à-peu sa transparence : elle est mêlée de masses opaques, jaunes, blanches ou verdâtres, qui, rares d'abord, se multiplient de plus en plus et forment enfin la totalité des crachats. Une telle expectoration est ordinairement accompagnée d'une rémission marquée dans les différens symptômes de la phlegmasie bronchique. Elle annonce que cette phlegmasie se résout, que la coction en est opérée.

comme disaient les Anciens. Rien n'est d'ailleurs plus variable que l'aspect et les qualités des crachats opaques qui sont expectorés vers la fin de la bronchite aiguë.

Bien que depuis Hippocrate jusqu'à nos jours on ait écrit que la résolution du catarrhe pulmonaire ne pouvait être regardée comme complète, qu'autant que les crachats avaient acquis un degré d'épaississement et d'opacité convenable, nous avons vu quelques individus, atteints d'une inflammation intense des bronches, se rétablir parfaitement, quoique leurs crachats se fussent constamment maintenus à ce qu'on appelait l'état de crudité. Mais ce sont de rares exceptions à une règle générale.

21. L'inspection des crachats peut donc servir à indiquer d'une manière sûre, sauf quelques exceptions, la période de la maladie et le degré d'irritation de la muqueuse bronchique. Dans le cas où il y a récrudescence de l'inflammation, lorsque déjà elle s'approchait de sa fin, le changement qui s'opère alors dans les crachats est encore un indice certain du retour de la phlegmasie à un état plus aigu.

La considération des crachats dans la bronchite n'est pas non plus sans importance sous le rapport des indications curatives. C'est souvent en ayant égard aux qualités des crachats, à leur état de transparence ou d'opacité, à leur expectoration facile ou laborieuse, rare ou fréquente, que l'on sera conduit à employer de préférence tel ou tel moyen thérapeutique.

22. Lorsque la bronchite aiguë, au lieu de se terminer

par résolution, passe à l'état chronique, les crachats conservent l'aspect qu'ils offrent dans la dernière période de l'inflammation aiguë. Ils sont opaques, blancs, jaunes ou verdâtres. Tantôt ils adhèrent au fond du vase, tantôt ils surnagent à une mucosité transparente ou trouble, ou bien ils restent suspendus au milieu d'elle. Le plus communément ils sont inodores et paraissent insipides aux malades. Leur expulsion, ordinairement facile, est précédée de peu d'efforts de toux.

La distinction des crachats de la bronchite chronique, de ceux qui appartiennent à la dégénération tuberculeuse des poumons, est souvent fort difficile. C'est en décrivant l'expectoration propre à cette dernière maladie, que nous nous réservons de traiter en détail tout ce qui est relatif à ce sujet.

23. Une bronchite peut persister très-long-temps avec une expectoration semblable à celle qui se remarque au début de l'affection. C'est alors une inflammation aiguë, indéfiniment prolongée, ainsi que l'annoncent non-seulement les caractères des crachats, mais encore l'ensemble des autres symptômes, tels qu'un sentiment habituel de chaleur vive et de tiraillement dans l'intérieur de la poitrine, des quintes de toux violentes et pénibles, la température souvent élevée de la peau, etc. De là, la nécessité d'un traitement adoucissant et tempérant, malgré la longue durée de la maladie.

24. Les crachats de la bronchite chronique, avons-nous dit, sont le plus ordinairement à-peu-près inodores; quelquefois cependant ils nous ont présenté une fétidité

remarquable, presque égale à celle des crachats grisâtres de la gangrène du poumon. Aucune lésion particulière des bronches ne rendait compte de cette fétidité insolite, qu'on ne pouvait rapporter qu'à une altération spéciale du liquide sécrété. Déjà nous avons trouvé des crachats très fétides chez un des malades atteints de dilatation des bronches (VIIIe Observation). En voici encore un exemple remarquable.

XIIIe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Grande fétidité des crachats. Mélanoses du poumon.

Un cuisinier, âgé de soixante-cinq ans, entra à la Charité vers le milieu du mois de mars 1822, dans un état d'épuisement et de maigreur extrême. Depuis dix à douze ans il avait la respiration courte et toussait tous les hivers. Pendant l'été de 1821, il avait craché un peu de sang. Lors de son entrée à l'hôpital il toussait beaucoup, et expectorait en grande quantité des crachats verdâtres *très-fétides* et s'écoulant en nappe lorsqu'on inclinait le vase; on eût dit d'un liquide sorti d'une poche pleurétique ou d'une vaste excavation tuberculeuse. Au rapport du malade, une semblable expectoration avait lieu depuis plusieurs années. Percutée, la poitrine résonnait bien partout. Par l'auscultation, l'on entendait la respiration grande et nette avec du sifflement en arrière par intervalles. Le malade était

sans fièvre et n'avait jamais de sueur. (*Pilules de Morton , hydromel composée.*) (1).

Les dix ou douze jours suivans , l'état du malade resta le même. L'expectoration offrait toujours une fétidité repoussante. Bon appétit , grande faiblesse.

Le 28 mars , l'état du malade avait empiré d'une manière soudaine. Face livide , yeux éteints , dyspnée extrême. Le pouls , très-fréquent , irrégulier , se sentait à peine.

Les deux jours suivans , suffocation imminente. Râle crépitant très-prononcé en arrière des deux côtés. Pouls insensible. Langue sèche et un peu brune. — Mort le 31.

Ouverture du cadavre.

Flaccidité remarquable de la substance cérébrale. Quantité assez grande de sérosité accumulée dans les ventricules latéraux et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure du cerveau.

Une très-grande quantité de sérosité spumeuse incolore ruisselait du tissu des deux poumons (œdème). En quelques points , il était non crépitant , dur , et d'un noir foncé (mélanose infiltrée). Les grosses bronches, pleines d'un liquide semblable à celui qui était expectoré , sous le rapport de son extrême fétidité , étaient blanches à

(1) On désigne sous ce nom , à l'hôpital de la Charité , la composition suivante :

Racines d'aunée.	une once.
Sommités d'hyssope.	āā deux gros.
Feuilles de lierre terrestre..	
Sirop de miel.	deux onces.

(Voyez *le Formulaire des hôpitaux de Paris* , par M. Ratier.)

leur surface interne ; mais dans les petites ramifications remplies du même liquide, la membrane muqueuse offrait une couleur d'un rouge foncé.

Injection vive de la muqueuse gastrique. Rate volumineuse, très-molle, et contenant un liquide noir comme de l'encre.

La grande fétidité des crachats peut donc quelquefois appartenir à une simple sécrétion de la muqueuse bronchique. Leur extrême liquidité, leur écoulement en une nappe uniforme, n'indiquent donc pas constamment l'existence d'une cavité de la plèvre ou des poumons, dont les parois secrètent du pus. D'ailleurs, cette expectoration avait lieu depuis plusieurs années ; et si elle avait eu sa source ailleurs que dans les bronches, la mort eût été plus prompte.

La mélanose peu considérable dont quelques parties du parenchyme pulmonaire étaient le siége, n'eut vraisemblablement ici qu'une faible part au dépérissement du malade. Le marasme dans lequel il tomba peu-à-peu, parut sur-tout être causé par la bronchite chronique, qui durait depuis un grand nombre d'années. N'oublions pas de remarquer, comme signes négatifs propres à distinguer des cas semblables d'une véritable phthisie pulmonaire, la constance de l'apyrexie et la complète absence des sueurs.

Ce malade était voué sans doute inévitablement à la mort; il succomba néanmoins d'une manière inopinée. Dans beaucoup d'affections chroniques, les malades meurent quelquefois tout-à-coup, sans agonie, lorsqu'ils ont encore assez de force, et lorsque le cerveau, le

cœur et les poumons exécutent encore bien leurs fonctions. La cause immédiate sous l'influence de laquelle la vie cesse ainsi brusquement, nous échappe alors tout à-fait. Ici il n'en fut pas de même. La mort fut précédée par une dyspnée qui survint subitement, et qui parut être le résultat de l'engouement séreux (œdème pulmonaire), dont les poumons devinrent tout-à-coup le siége.

25. Il est un certain nombre de bronchites aiguës ou chroniques qui sont sur-tout remarquables par l'extrême abondance de la sécrétion bronchique. Cette sécrétion excessive semble être, dans beaucoup de cas, la cause principale de l'épuisement et de la mort des malades. Ces flux muqueux, séreux ou purulens, sont alors, suivant le langage de l'école de Montpellier, le principal élément de la maladie. Les autres symptômes de l'inflammation sont souvent à peine apparens ou même nuls, de sorte qu'on serait porté, dans quelques cas, à séparer entièrement ces flux des véritables affections inflammatoires, sous le double rapport de la nature des symptômes et du traitement.

XIVe OBSERVATION.

Bronchite chronique. Expectoration très-abondante. Mort dans le marasme.

Un vieillard fut apporté à la Charité dans le courant du mois d'avril 1820. Il toussait depuis huit mois, et expectorait, depuis cinq mois, dans l'espace de vingt

quatre heures, la valeur d'un litre d'une mucosité transparente et incolore, à la surface de laquelle existaient des plaques arrondies et verdâtres, isolées les unes des autres. La respiration était courte et fréquente. La poitrine percutée résonnait bien partout ; partout aussi on entendait le bruit respiratoire avec mélange des différens râles bronchiques, secs et humides. La peau était sans chaleur, le pouls sans fréquence. La maigreur et la faiblesse étaient portées au dernier degré. Même état les trois jours suivans ; voix éteinte, altération des traits de la face, constipation opiniâtre. Le quatrième jour, léger délire ; diminution de l'abondance des crachats, qui sont plaqués et d'un gris sale. Le cinquième jour, le malade n'expectore plus ; face hippocratique, râle trachéal ; mort dans la journée.

Ouverture du cadavre.

Le tissu des deux poumons, médiocrement engoué de sérosité, était partout crépitant et très-sain. La muqueuse bronchique n'était rouge que par plaques dans les gros tuyaux ; dans les petits, la rougeur était plus vive et uniforme ; un liquide semblable à celui des crachats les remplissait. Tous les autres viscères furent trouvés sains.

Cette observation fournit un exemple bien tranché d'une bronchite chronique exempte de toute complication, et mortelle par l'abondante déperdition qu'elle causait chaque jour. Comme chez le sujet de l'observation XIII, il n'y avait aucune espèce de réaction fébrile. Dans ce cas, l'indication principale à remplir

n'eût-elle pas été de chercher à diminuer l'excessive sécrétion des bronches, en changeant leur mode d'exhalation ? Cette indication n'eût-elle pas pu être remplie par les substances dites balsamiques, soit données intérieurement, soit portées en vapeur sur la muqueuse même des bronches ? N'est-ce pas sur-tout dans des cas de ce genre qu'a réussi la vapeur de goudron, proposée depuis long-temps comme une sorte de spécifique contre la phthisie pulmonaire ?

Chez ce malade, les crachats ressemblaient singulièrement à ceux qui se montrent lorsque les poumons sont creusés d'excavations tuberculeuses; mais l'*absence complète de fièvre et les signes donnés par l'auscultation* pouvaient éclairer sur la véritable nature de la maladie.

Notons enfin la dyspnée considérable qui existait chez cet individu, sans lésion du parenchyme pulmonaire ni du cœur. La seule sécrétion très-abondante de la membrane muqueuse des voies aériennes doit en effet être considérée comme l'une des causes de l'*asthme*, d'ailleurs si nombreuses. Les individus chez lesquels existe ce vice de la sécrétion bronchique, ont habituellement la respiration un peu gênée. Si, sous l'influence d'une cause quelconque, ils cessent de pouvoir expectorer aussi librement, ou bien si la sécrétion abondante qui s'opère habituellement à la surface interne des bronches, subit tout-à-coup une augmentation considérable, la suffocation peut devenir imminente; mais dès que, par les secours de l'art ou par les seules forces de la nature, les voies aériennes se sont débarrassées du liquide qui les obstruait, la dyspnée diminue rapidement,

et le malade recouvre la vie avec la liberté de la respiration. Nous reviendrons plus bas sur ce sujet.

XVe OBSERVATION.

Bronchite chronique ; expectoration très-abondante. Lésion du parenchyme pulmonaire.

Un homme âgé de quarante-huit ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, est tourmenté depuis huit ans par une toux opiniâtre. Depuis qu'il a commencé à tousser il expectore en vingt-quatre heures une quantité de crachats qui équivaut à-peu-près à trois ou quatre fois celle que peut contenir le crachoir ordinaire de l'hôpital. Ils sont formés par une mucosité transparente, à la surface de laquelle surnagent de larges plaques puriformes, à bords minces et arrondis, d'une couleur blanche verdâtre, inodores, et bien isolées les unes des autres. Le malade avait habituellement de la dyspnée. En auscultant la poitrine, nous trouvions la respiration grande et libre dans toute l'étendue du côté gauche du thorax : mais à droite et en arrière nous entendions un râle manifeste, qui nous sembla produit par le mélange de l'air et du mucus dans les rameaux bronchiques. Le malade n'avait jamais de fièvre; quoique maigre, il n'était pas dans cet état de dépérissement qui accompagne les dégénérations organiques du poumon; ses forces, de la diminution progressive desquelles il se plaignait beaucoup, étaient néanmoins encore assez bien conservées pour qu'il pût se lever chaque jour. Vainement le malade avait-il été tourmenté, avant et depuis son entrée à l'hôpital, par

beaucoup de médicamens tant externes qu'internes, tels que sétons, moxas multipliés, vésicatoires, eaux sulfureuses, fumigations de benjoin, etc.; ils n'ont ni diminué l'expectoration, ni changé son caractère. Vers le milieu de janvier 1821, six mois après son entrée à la Charité, le malade cessa de se lever. La faiblesse fit dès-lors des progrès plus rapides. Demi-orthopnée, *jamais de fièvre, jamais de dévoiement ni de sueur;* même expectoration. Deux jours seulement avant la mort, le pouls s'accéléra, la peau devint chaude; le malade vomit spontanément une assez grande quantité de bile verdâtre, cessa d'expectorer et succomba.

Cet individu était-il atteint de tubercules pulmonaires? Nous ne l'avions jamais pensé, et l'autopsie cadavérique justifia notre diagnostic.

Le parenchyme du poumon gauche était parfaitement sain dans la totalité de son lobe inférieur et dans la plus grande partie du supérieur; tout-à-fait au sommet il était dur, inégal, noir à l'extérieur; incisé, il présenta en cet endroit trois ou quatre petites masses noires comme de l'encre, très-dures, égalant chacune le volume d'une noisette; d'autres, plus molles, ressemblaient aux morceaux de charbon qui s'épanchent dans le tissu du poumon dont on a injecté les vaisseaux avec ce corps délayé dans l'eau. Cette portion de poumon était évidemment mélanosée. Les bronches étaient pâles et vides.

Le poumon droit adhérait fortement aux côtes. En quelques endroits, son tissu, parsemé de taches noires, était dur, grisâtre, imperméable à l'air; c'était l'hépatisation grise de la pneumonie chronique, avec mélange de cinq à six petits tubercules miliaires, du volume d'une

tête d'épingle. Ces parties malades formaient tout au plus les trois dixièmes de la masse totale du poumon droit. Ailleurs il était perméable à l'air et parfaitement sain; mais, en incisant son tissu on voyait sortir d'une foule de petites ramifications bronchiques, un liquide puriforme analogue à la matière de l'expectoration. Les gros conduits, qui nous parurent plus amples qu'à l'ordinaire, le rameau qui résulte immédiatement de la bifurcation de la trachée-artère, en étaient également remplis. La muqueuse était médiocrement rouge.

Les mélanoses qui existaient au sommet du poumon gauche, les tubercules miliaires très-peu nombreux, développés au milieu des portions du poumon droit qui étaient en pneumonie chronique; enfin, cette pneumonie chronique elle-même, qui était très-peu étendue, ne nous paraissent avoir contribué que d'une manière très-secondaire au dépérissement et à la mort du malade. Chez lui, comme chez l'individu de l'Observation XIV, la sécrétion extrêmement abondante de la muqueuse bronchique nous semble en avoir été la cause principale. Sous le rapport de son influence funeste sur l'économie, cette sécrétion peut être assimilée à toutes les évacuations abondantes long-temps entretenues. N'oublions pas, toutefois, que quelques individus supportent pendant très-long-temps une abondante déperdition de mucus bronchique, sans que leur constitution paraisse en être sensiblement ébranlée. Tel était le cas d'un homme plus que septuagénaire, dont parle Van-Swieten, qui expectorait régulièrement chaque jour, depuis trente ans,

plusieurs onces de pus (*puris albi cocti*), et qui se portait d'ailleurs très-bien. L'expérience a même appris aux praticiens que plusieurs de ces expectorations abondantes, qui ne produisent aucun trouble dans l'économie, doivent être respectées ; c'est une sorte d'exutoire, établi par la nature, qu'on ne tarit pas toujours impunément. N'en est-il pas, à cet égard, de l'expectoration comme du pus formé par d'anciens ulcères, et dont il est souvent dangereux d'arrêter l'écoulement ?

26. Ici, nous avons trouvé la membrane muqueuse moins rouge, moins enflammée que dans l'Observation XIV. Chez ces deux malades, cependant, l'expectoration était à-peu-près aussi abondante, et avait les mêmes caractères. L'Observation suivante va nous offrir un exemple d'un flux bronchique très-copieux, sans trace d'inflammation appréciable de la membrane muqueuse.

XVIe OBSERVATION.

Symptômes de bronchite chronique. Expectoration séreuse très-abondante. Blancheur de la membrane muqueuse.

Un ébéniste, âgé de quarante-cinq ans, avait joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de quarante-trois ans environ. Il contracta alors un rhume qui dura pendant six mois, et qui le fatigua beaucoup. Quelques mois après, il commença de nouveau à tousser ; mais cette fois, la toux n'était en quelque sorte que secondaire, et sollicitée par une sensation de plénitude que le malade disait éprouver dans l'intérieur de la poitrine. Cette sensation revenait plusieurs fois par jour ; elle était ac-

compagnée de dyspnée, de malaise général, quelquefois de fortes angoisses. A peine une toux légère avait-elle eu lieu, que le malade commençait à expectorer en très-grande quantité un liquide écumeux, et semblable, sous le rapport de la couleur et de la consistance, à de l'eau de gomme faiblement chargée. Le malade évaluait à une pinte et demie la quantité de liquide qu'il rendait ainsi en vingt-quatre heures. Six mois se passèrent dans cet état, sans que la santé parût être, d'ailleurs, notablement dérangée. Mais au bout de ce temps le malade commença à maigrir et à perdre de son appétit et de ses forces. Entré à la Charité pendant le cours du mois de juillet 1821, il était déjà dans un état de dépérissement profond. Sa face était pâle et bouffie, un léger œdème existait autour des malléoles; il expectorait, au milieu de fréquens efforts de toux, une grande quantité d'un liquide assez semblable à de l'eau de gomme, comme il a été déjà dit, avec mélange de quelques flocons muqueux. Traité par l'acide sulfurique, soumis à l'action de la chaleur, ce liquide se coagulait à la manière de l'albumine, et les flocons opaques qui y étaient tenus en suspension se précipitaient alors sous forme de grumeaux. L'auscultation ne fit reconnaître autre chose que du râle muqueux dans différens points du thorax; le cœur parut être dans son état physiologique; le pouls était petit, un peu fréquent, sans chaleur à la peau. Le malade avait un grand dégoût pour les alimens, il urinait peu et était habituellement constipé. Nous fûmes frappés de l'état d'émaciation de cet individu, chez lequel aucun organe important ne semblait être gravement lésé; son teint décoloré, sa face bouffie, son aspect véritablement ané-

mique, l'auraient fait prendre pour un individu chez lequel d'abondantes hémorrhagies viennent d'avoir lieu. (*Décoction de polygala avec addition de kermès, pilules balsamiques de Morton; frictions stimulantes sur les membres; vésicatoires appliqués successivement sur la poitrine et sur les extrémités inférieures.*) Nous vîmes pendant les deux mois suivans le malade s'affaiblir progressivement; l'expectoration persista; pendant les huit ou dix derniers jours de sa vie, douleur épigastrique, langue rouge, nausées; élévation de la température de la peau; mort au milieu d'un effort de vomissement.

Ouverture du cadavre.

Poumons crépitans et sains; quelques adhérences celluleuses des deux plèvres; pâleur remarquable de la membrane muqueuse trachéo-bronchique dans toute son étendue; état sain du cœur, du péricarde et des gros vaisseaux. Assez vive rougeur de la membrane muqueuse de l'estomac vers le grand cul-de sac; blancheur du reste du canal digestif; autres viscères abdominaux sains. Un peu d'infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux.

Cette observation nous semble fort curieuse sous le triple rapport de l'état des bronches, de la nature du liquide expectoré, et des symptômes tant locaux que généraux. S'il est un cas où l'on doive admettre l'existence d'un flux sans inflammation antécédente, n'est-ce pas celui-ci? Il semble d'ailleurs naturel d'attribuer à l'évacuation abondante dont les bronches étaient le

siége, le dépérissement progressif du malade. Nous avons fait remarquer, dans le cours de l'observation, qu'il y avait une grande analogie entre l'aspect de cet individu et celui des malades qui ont subi de grandes pertes de sang. Toutes les autres sécrétions perspiratoires étaient en même temps nulles ou peu abondantes. La faim qui, d'après la théorie, aurait dû augmenter, était au contraire abolie, et l'estomac semblait participer à l'état de langueur du reste de l'économie. Cependant ce viscère s'enflamma vers la fin, et c'est à une gastrite aiguë que le malade succomba.

27. Il est d'autres cas où ce n'est plus une sécrétion abondante, long-temps continuée, qui est la cause de l'épuisement des malades. Mais c'est tout-à-coup, sous une forme véritablement aiguë, qu'une quantité très-abondante de liquide muqueux, séreux ou purulent, est sécrétée par la muqueuse bronchique, de manière à simuler quelquefois un épanchement qui de la plèvre se serait fait jour brusquement à travers les bronches. Dans les cas de ce genre, une prompte asphyxie peut être le résultat de la rapidité avec laquelle le liquide s'accumule dans les voies aériennes.

XVIIe OBSERVATION.

Flux bronchique aigu déterminant la mort par asphyxie, chez un individu atteint de pneumonie et de bronchite chroniques.

Un homme de quarante-cinq ans, ayant eu, l'année précédente, une pleuro-pneumonie, entra à la Charité

dans le courant du mois d'août 1820. Depuis sa maladie il avait continué à tousser ; il se plaignait d'avoir la respiration habituellement gênée. Tout le côté droit de la poitrine, percuté, rendit un son très-mat. Le malade se couchait constamment sur ce côté ; la respiration était courte, la toux fréquente avec expectoration d'une assez grande quantité de mucosités opaques, ayant l'aspect des crachats de la bronchite chronique ; le pouls dur, mais sans fréquence. Maigreur, dépérissement, fonctions digestives intactes. Même état pendant les quinze jours suivans. Tout-à-coup, dans la nuit du 15 au 16 septembre, le malade se réveilla dans un état de suffocation imminente, et il expectora en très-peu de temps une énorme quantité de crachats muqueux qu'il semblait réellement vomir. Ils se réunissaient en une masse homogène d'une couleur jaune verdâtre, s'écoulant du vase lorsqu'on l'inclinait. Cependant ce liquide étant sans cesse apporté dans la trachée-artère et le larynx, et les remplissant plus promptement qu'il ne pouvait être expectoré, détermina bientôt la suffocation du malade.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation grise et sèche des deux tiers inférieurs au moins du poumon droit. Au sommet de ce même poumon, se montraient deux petits tubercules qui commençaient à se ramollir. En incisant le poumon, nous vîmes s'écouler d'une foule de petits points un liquide analogue à celui de l'expectoration. C'étaient les orifices divisés d'une foule de petits tuyaux bronchiques ; de sorte que ce liquide occupait et obstruait toutes les divi-

sions des vaisseaux aérifères (1). Les grosses bronches, la trachée-artère et le larynx, en étaient également remplis. Le poumon gauche était sain ; les grosses bronches de ce côté étaient pleines du même liquide, qui sans doute y avait reflué des bronches du poumon droit. Il n'y en avait point, en effet, dans les petits rameaux. Une végétation cancéreuse, sous forme de champignon, existait à l'intérieur de l'estomac, à deux travers de doigt à gauche du pylore, qui était libre. Tous les autres viscères, le cerveau en particulier, étaient sains.

Chez ce malade, la sécrétion excessivement abondante qui s'opéra tout-à coup à la surface interne des canaux aérifères, avait été précédée par une bronchite chronique ; ce fut seulement l'expectoration ordinaire à cette maladie, qui, sans cause connue, sans exaspération appréciable de la phlegmasie, augmenta tout-à-coup avec tant d'abondance et de rapidité, que le malade succomba asphyxié, comme dans les cas où une tumeur purulente ou sanguine s'ouvre dans les bronches.

Nous rapprocherons ici de cette observation un fait cité par Robert Bree, et qui est également relatif à un flux muqueux aigu des bronches. La suffocation fut im-

(1) Nous avons trouvé une exacte ressemblance entre cette description et celle donnée par Van Swieten, du poumon d'un individu qui succomba aussi asphyxié après avoir expectoré une grande quantité de pus. *Mirabatur utique pus exire, dum cultello secaretur pulmonis substantia : non autem exibat pus magna copiâ simul, sed guttâ unâ vel alterâ tantum, ex dissectis nempè asperæ arteriæ propaginibus.* (Comment. in Boer., Aph., tom. 4, pag. 60.)

minente comme chez notre malade ; mais la mort n'eut pas lieu.

Une femme fut saisie d'une anxiété qui ressemblait beaucoup à un paroxysme d'asthme spasmodique. Cette affection était cependant plus violente que ne l'est ordinairement une première attaque. Les symptômes cessèrent par l'évacuation d'une grande quantité de sérum écumeux, expulsée des bronches par une toux légère, mais presque continue. La maladie reparut au bout de six mois avec plus de violence que la première fois. Après un sommeil tranquille, la malade éprouva, vers cinq heures du matin, de la dyspnée accompagnée de toux convulsive. Le danger de la suffocation devint bientôt menaçant. La malade perdit l'usage de ses sens ; la face devint livide ; les extrémités se refroidirent, et les pulsations de l'artère radiale ne se faisaient plus sentir. Cet état persista pendant deux heures, durant lesquelles la malade rendit, par la bouche et les narines, une grande quantité de sérum écumeux légèrement teint de sang. La quantité de matière expectorée dans cet intervalle s'éleva environ à quatre pintes. (1)

L'auteur de cette observation la cite surtout comme remarquable par la prodigieuse quantité de mucus qui fut expectorée en un court espace de temps, et qui, par son accumulation subite dans les bronches, fut la cause de l'accès d'asthme qui eut lieu.

(1) *Recherches sur les désordres de la Respiration*, traduit de l'anglais de Robert Bree, par Ducamp.

XVIIIe OBSERVATION.

Flux séreux des bronches, dont l'apparition subite coïncida avec la résorption d'un hydrothorax.

Un tourneur, âgé de trente-six ans, fut reçu à la Charité pendant l'hiver de l'année 1820. Il avait un anévrysme du cœur. Ses membres étaient œdématiés, et en outre le son était mat dans le côté droit de la poitrine. (La méthode de l'auscultation ne nous était pas alors familière.) Il n'y avait aucun signe de pneumonie. On considéra cet individu comme atteint d'un hydrothorax symptomatique. Pendant plusieurs jours ce malade ne présenta rien de nouveau; il toussait comme la plupart des anévrysmatiques, et expectorait quelques crachats muqueux. Tout-à-coup il est pris d'une anxiété extrême; la respiration devient momentanément très-gênée, et il rejette une énorme quantité de crachats séreux, limpides, semblables à du blanc d'œuf qui n'a pas été cuit. Ces crachats sortaient si abondamment que le malade semblait vomir. Ce flux extraordinaire persista pendant quelques heures. Le lendemain matin la respiration était facile; le malade se félicitait de son état, disant qu'il était délivré du poids énorme qui pesait sur sa poitrine. Mais quel fut notre étonnement, lorsqu'en percutant le thorax nous trouvâmes que la matité du côté droit avait complètement disparu.

On ne reconnait nullement, dans cet écoulement su-

bit de liquide à la surface des bronches, la marche ordinaire d'une inflammation. Cette abondante sécrétion ne dura que quelques heures, et cessa aussi brusquement qu'elle s'était manifestée. Ne faut-il pas reconnaître ici une autre espèce de travail de la nature, semblable, par exemple, à celui qui produit la sueur? C'est une sorte de mouvement fluxionnaire, dont nous sommes loin sans doute de connaître le mécanisme et la cause prochaine, mais que nous devons accepter comme un fait, et qu'il ne faut pas surtout confondre avec l'inflammation.

Ce qu'il y a encore de bien remarquable dans cette observation, c'est qu'en même temps qu'une grande quantité de liquide s'écoulait de la surface des bronches, la sérosité épanchée dans l'une des plèvres avait été résorbée. Ce n'est pas d'ailleurs le seul exemple que l'on possède de collections séreuses dont la disparition subité coïncide avec l'établissement d'une abondante exhalation séreuse sur une autre surface. En voici un exemple aussi tranché que le précédent. Sauf les surfaces exhalantes, qui ne sont pas les mêmes, les deux cas ont entre eux le plus grand rapport.

Un jeune homme, toussant déjà depuis quelques mois, fut pris d'une vive douleur abdominale qui persista pendant trois ou quatre jours, puis le ventre se tuméfia rapidement. Le malade entra à la Charité pendant le cours du mois de septembre 1822. Alors l'abdomen, qu'on pouvait presser sans douleur, était le siége d'une fluctuation évidente. La membrane muqueuse gastro-intestinale paraissait saine. Cette ascite fut regardée comme consécutive à une péritonite. (*Le premier jour, sangsues à l'anus; les jours suivans, vésicatoires aux extrémités*

inférieures, frictions aromatiques sur l'abdomen, tisanes diurétiques.) L'hydropisie ne diminuait pas. On essaya les purgatifs. Le malade prit une potion composée de deux onces d'huile de ricin et d'une demi-once de sirop de nerprun. Ce purgatif produisit des évacuations excessives; les premières furent formées de matières fécales jaunes et liquides; puis les selles suivantes n'offrirent plus qu'une sérosité limpide, légèrement colorée en jaune. Plusieurs livres de sérosité furent ainsi expulsées par l'anus dans l'espace de cinquante heures; au bout de ce temps, l'abdomen était affaissé, on n'y sentait plus de fluctuation; le flux de ventre commença alors à diminuer, et au bout de quelques jours il cessa spontanément. Plus tard, ce même malade succomba à une phthisie pulmonaire. On trouva plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle unies entre elles par des brides celluleuses semblables à celles qui existent si souvent dans la plèvre.

N'est-ce pas dans ce cas qu'on pourrait faire l'application du précepte d'Hippocrate : *Quò natura vergit, eò ducendum.* Le purgatif qui fut donné après que d'autres remèdes eurent été inutilement essayés, n'excite ordinairement que des déjections modérées. Ici, au contraire, il donna lieu à un flux de ventre excessif. Il semblait que la nature n'attendît qu'une légère excitation artificielle pour produire à la surface de l'intestin une abondante exhalation de liquide, d'où devait résulter en même temps la résorption de la sérosité péritonéale.

Les anciens n'auraient pas hésité à admettre, dans les deux cas précédens, le transport de la sérosité à la surface des bronches dans un cas, à la surface de l'intestin

dans l'autre. Nous n'essaierons point de décider la réalité d'une pareille métastase; mais elle nous semble fort possible. Il ne répugne certainement point aux lois d'une rigoureuse physiologie, de supposer qu'un liquide résorbé dans une partie quelconque du corps, et porté dans le torrent circulatoire, peut en être séparé en nature sur une autre surface par une sorte de travail éliminatoire. Ainsi la bile, retenue dans ses canaux excréteurs, rentre dans le sang et va teindre tous les liquides sécrétés. Ainsi on a retrouvé d'une part dans le sang et dans la lymphe du canal thorachique, et d'autre part dans l'urine et dans le mucus intestinal, du prussiate de potasse liquide, qu'on avait déposé dans le tissu cellulaire (*Fodera*). C'est donc en nature que ce sel était entré dans le sang, et c'est en nature qu'il en est sorti. Maintes fois les physiologistes ont découvert dans la sueur, dans l'urine, dans les liquides séreux et muqueux, les différentes substances qu'ils avaient injectées dans les veines; l'eau qu'ils introduisent dans celles-ci pleut bientôt à la surface des membranes séreuses, etc. Qu'y aurait-il donc d'étonnant de voir un liquide, résorbé dans le péritoine, sortir de l'économie avec l'urine, le mucus intestinal ou bronchique?

28. Nous avons vu jusqu'à présent l'intensité de la dyspnée, dans les bronchites sans complication, être causée soit par certaines altérations organiques des bronches, soit par l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans ces conduits. Il est des cas de bronchite aiguë ou chronique où, sans que ces causes existent, et sans qu'on puisse en découvrir aucune autre, la respi

ration présente une telle gêne, que les malades succombent rapidement dans un état d'asphyxie. Nous allons citer deux cas de ce genre.

XIXe OBSERVATION.

Bronchite aiguë. Rougeole. Disparition prématurée de l'éruption; dyspnée mortelle.

Un boulanger, âgé de vingt ans, fortement constitué, n'habitant Paris que depuis deux mois, et atteint depuis cinq à six semaines d'une légère diarrhée, présente le 10 avril tous les symptômes précurseurs de la rougeole; rougeur des yeux, larmoiement, coryza, enrouement, toux. Même état les trois jours suivans. Le 14, l'éruption se manifeste; le malade s'alite. Le 15, elle couvre tout le corps. Entrée le soir à la Charité. Alors éruption confluente et bien caractérisée; fréquence et dureté du pouls; rougeur de la langue et des lèvres; toux forte; d'ailleurs pas de symptôme alarmant. Vers le milieu de la nuit, le malade éprouve tout-à-coup de l'oppression; elle augmente rapidement, et le lendemain matin, 16 avril, nous trouvons le malade dans un état de demi-asphyxie : yeux saillans, face violette; respiration courte et très-fréquente, s'exécutant à-la-fois par les côtes et le diaphragme; toux presque continuelle, crachats muqueux peu abondans. La poitrine percutée résonnait bien partout; l'auscultation faisait entendre du râle muqueux en divers points. Il ne restait plus de l'éruption cutanée que quelques taches pâles, prêtes elles mêmes à

s'effacer. Le pouls conservait sa fréquence, et sa dureté, et la langue sa rougeur. Cet appareil de symptômes semblait indiquer l'existence d'une pneumonie ; cependant les signes pathognomoniques de cette affection manquaient complètement. Une simple bronchite pouvait-elle donner lieu, par son extrême acuité ou son exaspération subite, à une aussi forte dyspnée, et cette phlegmasie, jointe à celle des voies gastriques, pouvait-elle expliquer l'état très-grave dans lequel le malade était si brusquement tombé? Quoi qu'il en soit, les indications à remplir n'étaient pas douteuses; il fallait chercher à diminuer l'inflammation interne, et rappeler celle de la peau. Dans ce but vingt sangsues furent appliquées sur chaque côté de la poitrine, et dix à l'épigastre. Après que le sang eut cessé de couler, un vésicatoire fut appliqué à chaque jambe. La peau fut frictionnée avec un liniment ammoniacal. (*Tisane de bourrache et de violette.*)

Un soulagement notable suivit cette médication; le soir, la respiration était beaucoup moins gênée, la toux plus rare, la langue avait perdu sa rougeur; toutefois l'éruption n'avait pas reparu.

17. L'on n'observait plus que les symptômes d'une bronchite intense avec fièvre. La respiration n'était que très-peu accélérée.

18. La fièvre était presque nulle, et l'opacité des crachats annonçait la prochaine terminaison de la bronchite. Tout-à-coup, dans la soirée, la respiration devint de nouveau très-gênée; une saignée de douze onces fut pratiquée.

Le lendemain matin, la dyspnée était encore considé-

rable ; la fréquence du pouls avait augmenté. (*Deux vési catoires aux cuisses.*) Toute la journée, l'état de suffocation augmenta de plus en plus ; le 20, lividité de la face; teinte violacée des lèvres ; orthopnée. On eût dit que le malade succombait par un anévrysme du cœur.— Mort peu de temps après la visite.

Ouverture du cadavre.

La membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère, des grosses bronches, et de leurs plus petites divisions, est d'un rouge intense. Dans quelques points des premières divisions des bronches, existent, en petit nombre, des concrétions blanches, membraniformes, semblables à la fausse membrane du croup. Le parenchyme pulmonaire est sain et crépitant dans toute son étendue, engoué postérieurement ; cœur sain ; caillots d'un noir foncé dans les cavités droites. Estomac blanc, ainsi que l'intestin grêle qui contient un grand nombre d'ascarides lombricoïdes dans son quart inférieur. Le cœcum contient quelques vers tricocéphales ; sa membrane muqueuse présente près de la valvule une plaque rouge, d'où s'élèvent trois ou quatre petites végétations coniques, longues de deux ou trois lignes. Le reste du gros intestin est blanc et rempli de matières fécales liquides ; foie gorgé de sang, rate volumineuse et ferme. Une grande quantité de sérosité infiltre le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; la substance cérébrale n'est point injectée ; les ventricules latéraux, et surtout le droit, sont distendus par beaucoup de sérosité limpide.

Ce cas eût été regardé jadis comme un exemple de rétropulsion de rougeole. Dans les théories médicales actuelles, la gêne extrême de la respiration, la fièvre intense, et enfin la mort par asphyxie, seront expliquées par l'intensité de l'inflammation bronchique; de là, aussi, la disposition prématurée de l'éruption cutanée. Cette inflammation s'amenda une première fois sous la double influence des émissions sanguines, et des révulsifs dont la peau fut couverte; mais, deux jours après, la dyspnée reparut, elle ne céda point à une nouvelle saignée, et ses progrès toujours croissans conduisirent le malade au tombeau. Il est certainement bien rare d'observer un pareil ensemble de phénomènes sans lésion du parenchyme pulmonaire ou des plèvres, du cœur ou des gros vaisseaux. N'est-il pas toutefois très-concevable qu'une phlegmasie qui frappe brusquement ou avec une extrême violence une surface aussi étendue que celle de la totalité de la muqueuse bronchique, porte dans l'économie un trouble au moins aussi grand que l'inflammation d'une portion circonscrite de la muqueuse gastro-intestinale? Connaissons-nous assez la nature du changement que l'air imprime au sang dans les poumons, pour savoir jusqu'à quel point une phlegmasie intense des petites bronches ne peut pas s'opposer à ce changement nécessaire? de là peut-être la principale cause de la dyspnée, de l'asphyxie, etc. Enfin ceux qui admettent l'existence des dyspnées nerveuses, des asthmes essentiels, pourraient également citer l'observation précédente à l'appui de leur opinion; ils diraient qu'ils ont vu souvent la

muqueuse bronchique aussi fortement enflammée, sans qu'aucune dyspnée notable en fût résultée; ils en concluraient que la dyspnée observée dans le cas actuel était une maladie essentielle, indépendante de l'inflammation des bronches. Il fut aussi un temps où l'on n'aurait pas hésité à regarder les vers trouvés dans les intestins, comme la cause principale de tous les accidens. Tant sont variés les points de vue sous lesquels un même fait peut être envisagé : tant sont différentes les conséquences que chacun peut en déduire, selon qu'il est guidé par telle ou telle théorie.

On a dû être frappé sans doute de la grande quantité de sérosité qui remplissait les cavités cérébrales; cependant l'intelligence se conserva intacte jusqu'à la mort. Si le malade eût offert du délire, des convulsions ou de l'assoupissement, on n'aurait pas manqué de rapporter ces symptômes à cet épanchement, qu'on aurait appelé alors une hydrocéphale aiguë.

L'inflammation comme exanthémateuse du cœcum rend suffisamment raison de la diarrhée qui existait depuis six semaines. Ce fait a peut-être quelque importance, parce qu'on a rarement occasion de constater l'état des intestins dans des cas de diarrhées légères qui existent depuis long-temps sans causer ni fièvre, ni aucun trouble notable de l'économie.

XXe OBSERVATION.

Bronchite chronique légère. Suppression de l'écoulement d'un ancien ulcère. Accès d'asthme mortel.

Un homme, âgé de quarante ans, portait depuis longtemps un ulcère, d'une vaste étendue, à la jambe gauche. La partie de la jambe située au-dessous de cet ulcère, la totalité du pied, étaient prodigieusement tuméfiées, d'une dureté comme pierreuse; la peau avait acquis une couleur d'un gris sale; en un mot, ce membre présentait un grand nombre des caractères de l'éléphantiasis. Beaucoup de pus s'écoulait habituellement de la surface de l'ulcère. De plus, cet homme avait, depuis cinq à six mois environ, une toux légère, humide, que n'accompagnait d'ailleurs ni dyspnée, ni douleur thorachique. Placé par mégarde dans un service médical, cet homme y était déjà depuis quelques jours, et il allait passer dans les salles de chirurgie, lorsque tout-à-coup il fut pris d'une extrême difficulté de respirer; nous nous aperçûmes en même-temps que la surface de l'ulcère fournissait beaucoup moins de pus. Le malade, assis sur le séant, dans un état d'anxiété inexprimable, nous conjurait d'une voix haletante de le débarrasser d'un poids énorme qui pesait sur sa poitrine et qui l'étouffait; les inspirations étaient courtes, très-rapprochées, comme convulsives par intervalle. Le pouls, médiocrement fréquent, fuyait sous le doigt. Nous cherchâmes vainement, soit dans le cœur, soit dans les poumons, la cause d'aussi formidables accidens; nous n'en

découvrîmes aucune. Partout la poitrine avait sa sonoréité ordinaire, si ce n'est en arrière à gauche, dans l'étendue de quelques pouces seulement, où le son était moins clair; excepté dans ce même point où la respiration était faible et râlante, partout l'on entendait l'air pénétrer librement dans les vésicules pulmonaires. Le cœur et ses annexes nous parurent être dans leur état physiologique. Nous restâmes donc dans une complète ignorance sur la cause de cette dyspnée, qui, d'instant en instant, pour ainsi dire, devenait plus considérable. Les émissions sanguines, des vésicatoires, etc., ne la diminuèrent pas. Le lendemain matin, la gêne de la respiration était portée au point que le malade était menacé de périr asphyxié. On se demanda si la cause de la dyspnée ne résidait pas dans le larynx, on crut voir quelque analogie entre cette maladie et l'œdème de la glotte; la trachéotomie, seule chance de salut qui restât, fut proposée. M. le professeur Roux l'exécuta. Il n'est pas besoin de dire que toutes les précautions furent prises pour que l'air entrât et sortît librement à travers l'ouverture de la trachée. Cependant, après l'opération, aucun amendement n'eut lieu; l'oppression alla toujours en augmentant, et le soir même le malade n'existait plus.

Ouverture du cadavre.

Le parenchyme pulmonaire était sain et crépitant, excepté en arrière à gauche, dans un espace équivalant à-peu-près à la dixième partie du lobe inférieur, où le tissu du poumon était hépatisé. La muqueuse n'était rouge que par plaques peu étendues. Le cœur et les gros

vaisseaux étaient sains. Rien de remarquable dans les organes du crâne et de l'abdomen. La dissection de la jambe gauche montra un épaississement lardacé du tissu cellulaire sous-cutané, avec nécrose du tibia.

Ici nous ne pouvons plus même, comme chez le sujet de l'observ. XIX, rapporter l'asthme à l'étendue ou à l'intensité de la phlegmasie bronchique ; car cette phlegmasie était légère et n'occupait qu'une petite partie de la muqueuse. Quant à l'hépatisation partielle dont le lobe inférieur du poumon gauche était le siége, il est vraisemblable que c'était une affection chronique, cause principale de la toux qui tourmentait le malade depuis six mois. En admettant même qu'elle se fût formée depuis peu, elle ne rendrait pas mieux compte de la dyspnée. Certes, s'il est un cas où l'existence de l'asthme nerveux ou sans lésion organique appréciable doit être admise, c'est bien celui-ci. La gêne de la respiration commença à se manifester en même temps que la sécrétion purulente de l'ulcère se tarit. Nous noterons cette coïncidence de phénomènes, sans essayer d'établir leur corrélation.

29. La rareté même des cas dans lesquels aucune lésion appréciable ne peut expliquer l'asthme, nous semble être un motif de plus pour méditer le très-petit nombre de cas de ce genre qui ont été jusqu'à présent déposés dans les annales de la science. Malheureusement, on suit le plus souvent une marche contraire ; et, par cela seul qu'un fait se trouve en contradiction avec les

idées généralement adoptées, on n'en tient pas compte, on l'oublie, et il faut que des faits analogues se multiplient pour qu'ils prennent en quelque sorte une tardive créance, que l'importance en soit appréciée, et qu'un esprit supérieur en féconde les résultats.

M. le docteur Bouillaud, dans l'esprit observateur duquel nous avons la plus grande confiance, nous a dit avoir observé à l'hôpital Necker un cas, qui, sous plus d'un rapport, se rapproche de celui que nous venons de citer. Un homme était atteint depuis long-temps d'une dartre, qui se flétrit et disparut sans cause connue. En même temps cet individu fut pris d'une difficulté de respirer, qui bientôt devint extrême. C'était la première fois qu'il éprouvait cet accident. Cependant l'examen le plus attentif ne put faire découvrir dans aucun organe la cause appréciable de cette dyspnée. On appliqua des sangsues sur la poitrine et un vésicatoire sur le lieu où existait la dartre; un pronostic très-grave fut porté. Le lendemain, la respiration était devenue libre.

Bien que l'on ait incontestablement exagéré le danger de la suppression brusque des exanthèmes, des évacuations morbides depuis long-temps entretenues, cette suppression semble donc n'être pas toujours sans inconvénient. C'était donc l'expérience qui avait conduit les médecins des siècles précédens soit à respecter plusieurs de ces exanthèmes et de ces évacuations, soit à les remplacer, lorsqu'ils les supprimaient, ou par un révulsif cutané, ou par des purgatifs. Mais cette pratique, dira-t-on, avait pour base des idées théoriques. Qu'importe, si elle est d'accord avec l'observation des faits? Ici, d'ailleurs, comme dans beaucoup de cas, les faits furent

peut-être recueillis les premiers, et ce fut pour les expliquer qu'on imagina des théories. Ce n'est pas la seule fois qu'un fait mal interprété a été regardé plus tard comme un fait inexact. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple célèbre, la texture fibreuse du cerveau avait singulièrement étayé l'hypothèse des esprits animaux. Lorsque cette hypothèse n'eut plus de crédit, on perdit de vue le fait anatomique très-vrai qui lui servait d'appui, et ce n'est qu'après deux siècles d'oubli que ce fait si important a été en quelque sorte retrouvé. Mais revenons à notre sujet.

M. Guersent a rapporté deux exemples de dyspnée devenue promptement mortelle, sans que l'ouverture du cadavre ait montré aucune trace de lésion. « J'ai vu, » dit cet excellent observateur (1), deux enfans suc- » comber à une dyspnée rémittente aiguë, accompagnée » d'une fréquence extrême du pouls, d'anxiété précor- » diale et d'une toux sèche. Après avoir examiné avec » le plus grand soin l'état des différens organes, je n'ai » pu reconnaître aucune lésion organique qui pût faire » soupçonner que la lésion n'avait été que symptoma- » tique. »

30. Nous pourrions rapprocher des cas précédens, comme étant une même maladie à un degré infiniment moindre, l'espèce de dyspnée que l'on observe assez souvent, d'une manière continue ou intermittente, soit chez des individus jeunes et pléthoriques, soit chez des personnes éminemment nerveuses. Les adolescens de l'un et de l'autre sexe, les femmes mal réglées, en présentent

(1) *Dictionnaire de Médecine*, en 18 vol., tom. III, pag. 126.

sur-tout de fréquens exemples. M. A......, docteur en médecine, aujourd'hui âgé de vingt-sept ans, a éprouvé de pareils accès de dyspnée depuis l'âge de quinze ans jusqu'à celui de vingt ans environ. Ces accès étaient fort incommodes et par leur fréquence et par leur intensité; ils se manifestaient sur-tout après que M. A...... avait long-temps écrit ou médité. Rares pendant l'hiver, ils devenaient plus fréquens au retour de chaque printemps; ils acquéraient leur maximum d'intensité pendant les chaleurs de l'été; dans cette saison, M. A...... ne pouvait rester quelque temps enfermé dans un lieu chaud et populeux, sans ressentir une pénible dyspnée. Mais chose remarquable, si son esprit était fortement occupé, la gêne de la respiration disparaissait; elle revenait subitement et avec violence dès qu'il y pensait. D'ailleurs, M. A...... jouissait habituellement d'une bonne santé, il ne présentait aucun symptôme qui pût faire craindre chez lui une affection organique du cœur ou des poumons. De vingt à vingt-deux ans, les accès de dyspnée devinrent de plus en plus rares; il n'en ressent plus aujourd'hui.

On a vu quelquefois une forte dyspnée, un véritable accès d'asthme, survenir tout-à-coup, à la suite d'une vive émotion morale, chez des individus dont la respiration avait été jusqu'alors parfaitement libre. M. le docteur Ferrus (article *Asthme*, du Dict. de Méd.) en a rapporté un cas remarquable dont voici un court extrait :

Un jeune officier, très-bien portant, arriva à Paris en 1814. La vue des soldats étrangers à la porte de cette capitale lui causa une si pénible impression, qu'il ressentit

sur-le-champ beaucoup de malaise et que sa respiration devint fort difficile. Cet état ne fit qu'empirer, et la nuit il éprouva un violent accès d'asthme. Pendant quinze jours la dyspnée persista. Consulté alors, M. Corvisart ne reconnut aucun signe de lésion organique. Les conseils les plus éclairés, les soins les plus affectueux changèrent peu l'état du malade. Il alla passer l'hiver dans le midi de la France et se rétablit entièrement. En 1815, après de nouveaux chagrins, les accès d'asthme revinrent à des intervalles plus éloignés, pendant lesquels la santé était fort bonne.

51. De ces différens cas de dyspnées sans lésion organique, les uns nous semblent pouvoir être expliqués par une brusque congestion de sang, qui, s'opérant sur le poumon, doit produire nécessairement une difficulté plus ou moins grande de respirer, comme en s'opérant sur le cerveau elle détermine des étourdissemens, des pertes de connaissance, etc. Les autres nous paraissent être plus particulièrement dus à une modification spéciale du système nerveux pulmonaire; ce sont de véritables névroses du poumon. Comment expliquer autrement ces dyspnées survenues tout-à-coup, soit sous l'influence d'une vive émotion, soit seulement parce que les malades portent leur attention sur l'état de leur respiration, de sorte que pour eux le meilleur remède est souvent une forte distraction? Interrogez ces malades sur la sensation qu'ils éprouvent alors, ils répondront qu'au moment même où, cessant d'être distraits, ils viennent à penser à la dyspnée qu'ils ont antécédemment ressentie, ils éprouvent dans l'intérieur de la poitrine un sentiment

de constriction tout particulier, d'où resulte un obstacle invincible à la libre entrée de l'air dans le poumon, quelque effort qu'ils fassent pour dilater les parois thorachiques.

Nous ne pousserons pas plus loin ces considérations. Si l'existence d'une congestion sanguine ou d'une névrose peut expliquer le trouble de la respiration, ces mêmes causes sont-elles suffisantes pour rendre raison de la terminaison mortelle de plusieurs dyspnées ? Si, malgré tant de travaux et d'efforts, il ne nous a pas encore été donné de saisir le mécanisme des fonctions du poumon, combien ne devons-nous pas être circonspects, lorsque nous essayons de pénétrer le mystère des dérangemens d'un pareil rouage !

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS SUR LA PLEURO-PNEUMONIE.

32. L'inflammation du parenchyme pulmonaire est aujourd'hui une des maladies les mieux connues. Dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic en est simple et le traitement peu compliqué. Cependant l'histoire de la pneumonie présente encore quelques lacunes à remplir, ou du moins quelques points sur lesquels on peut encore appeler l'attention avec avantage. Existant souvent sans être accompagnée de tous les symptômes qui la caractérisent ordinairement, et souvent même ne révélant son existence par aucun de ces symptômes, la pneumonie est alors d'un diagnostic très-difficile. Cette forme latente a été déjà décrite, sans doute, par Stoll et par ses successeurs; mais de nouvelles observations sur ce sujet nous semblent être devenues nécessaires par la découverte de la méthode de l'auscultation.

Dans certains cas, au contraire, plusieurs des symptômes de la pneumonie apparaissent, bien qu'il n'y ait pas véritablement inflammation du parenchyme pulmonaire; et sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement, ces sortes de pseudo-pneumonies doivent être soigneusement étudiées. La pneumonie peut compliquer d'autres affections, ou être compliquée par

elles ; souvent alors cette phlegmasie revêt, pour ainsi dire, une sorte de physionomie particulière, à travers laquelle il faut s'habituer à la reconnaître, pour faire la part des accidens qui dépendent d'elle, et de ceux qui lui sont étrangers. Peut-être l'attention, sous le rapport du diagnostic et du pronostic, n'a-t-elle pas encore été assez fixée sur l'inflammation des lobes pulmonaires supérieurs. Peut-être n'a-t-on point encore assez insisté soit sur les pneumonies doubles, qui envahissent à-la-fois les deux poumons, soit sur les pneumonies circonscrites, qui n'existent que dans quelques lobules isolés. Après avoir trop multiplié dans les siècles précédens, les espèces de pneumonies, n'est-on pas tombé aujourd'hui dans un excès contraire ? Faut-il, par exemple, rayer entièrement du cadre nosologique les pneumonies bilieuses ou adynamiques ? Faut-il rejeter dans tous les cas l'existence d'un état inflammatoire général qui précède la pneumonie, comme, dans le rhumatisme, cet état général précède souvent l'inflammation articulaire ?

La pneumonie est une des maladies dont la terminaison heureuse semble coïncider le plus manifestement avec l'apparition de ces mouvemens perturbateurs de la nature, que l'on désigne sous le nom de *crises ;* les observateurs modernes nous paraissent avoir un peu négligé ce point important de l'histoire des phlegmasies pulmonaires. Les terminaisons de la pneumonie soit par gangrène, soit par formation d'un abcès, ne sont pas encore suffisamment connues ; leur existence même est problématique pour quelques personnes ; la science réclame encore sur ce point des observations nouvelles et d'impartiales discussions. Enfin le traitement de la pneu

monie, si simple, si bien tracé dans une foule de cas, est, dans beaucoup d'autres, obscur et incertain. Il serait important de préciser par des exemples cliniques jusqu'à quel point peuvent être portées avec avantage les émissions sanguines, à quelle époque, ou plutôt dans quelles conditions on doit s'en abstenir et les remplacer par les révulsifs; dans quelles circonstances on peut même avoir recours avec avantage à une médication plus ou moins tonique.

Dans les observations que nous allons rapporter, nous insisterons particulièrement sur ces différens points.

ARTICLE PREMIER.

PLEURO-PNEUMONIES ANNONCÉES PAR L'ENSEMBLE DE LEURS SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES.

---

§. I. *Pleuro-pneumonies au premier degré.* (Engouement.)

Ire. OBSERVATION.

Un facteur, âgé de trente-trois ans, ressent, dans la soirée du 1er février 1822, une douleur au-dessous du sein gauche. Dans la nuit, il éprouve des alternatives de froid et de chaleur, et tousse beaucoup.

Dans la matinée du 3 février, deuxième jour de la maladie, il présente l'état suivant : Râle crépitant à gauche en arrière, depuis le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax; murmure inspiratoire

fort et net partout ailleurs. Conservation de la sonoréité des parois thorachiques. Crachats rouillés, transparens, visqueux, se détachant encore du vase lorsqu'on l'incline. Toux peu fréquente; douleur au-dessous du sein gauche, augmentant par la percussion, la toux et les mouvemens inspiratoires. Respiration haute, accélérée, diaphragmatique. Pouls fréquent et plein; peau chaude et sèche. Fonctions digestives intactes. On porta pour diagnostic : *Inflammation au premier degré du lobe inférieur du poumon gauche.* On prescrivit une saignée de seize onces sur-le-champ; le soir une seconde saignée de douze onces; l'application de vingt-quatre sangsues sur le côté gauche; des tisanes émollientes.

Le lendemain, troisième jour, il y avait un amendement notable; la respiration était plus libre, la douleur de côté presque nulle; l'on n'entendait plus à gauche en arrière qu'un peu de râle crépitant avec mélange du murmure inspiratoire, qui annonce la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires; les crachats avaient perdu leur viscosité et leur teinte rouillée. Le sang des deux saignées présenta un aspect bien différent : le sang tiré le matin offrit un caillot nageant au milieu de beaucoup de sérosité, et recouvert d'une couenne dense, épaisse, à bord retroussé; le sang tiré le soir était formé, au contraire, par un large caillot sans couenne et sans sérosité autour de lui. Les deux saignées avaient été cependant pratiquées de la même manière; mais lorsque la première fut faite, il y avait une forte inflammation; elle avait considérablement diminué lors de la seconde émission sanguine. Ne doit-on pas rattacher à la différence de l'état du poumon l'aspect différent des deux

saignées ? Quoi qu'il en soit, il était évident que sous l'influence d'un traitement puissamment antiphlogistique, la phlegmasie pulmonaire avait rétrogradé ; ce n'était plus le lieu de faire aucune médication active, et l'on devait espérer que, par la simple continuation de la diète et des émolliens, la pneumonie ne tarderait pas à se résoudre complètement ; mais, vers le soir, les symptômes s'exaspérèrent, et dans la matinée du quatrième jour nous trouvâmes la respiration très-accélérée, les crachats redevenus rouillés, et le murmure inspiratoire entièrement masqué à gauche en arrière par un râle crépitant très-fort ; le pouls était très-fréquent et dur ; une saignée de seize onces fut sur-le-champ pratiquée. Le sang, comme celui de la première saignée, se couvrit d'une couenne épaisse.

Cependant le cinquième jour aucune amélioration n'eut lieu. — Le sixième, le malade, dans un état de demi-orthopnée, pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante ; il expectorait avec peine des crachats rouillés et très-visqueux ; le même râle persistait en arrière ; la sonoréité des parois thorachiques se conservait. (*Vingt-quatre sangsues sur la poitrine ; deux vésicatoires aux jambes.*) — Dans la journée, le malade fut dans un état d'anxiété extrême ; il se plaignait d'étouffer et invoquait la mort. — Le soir, commencement du septième jour, la peau, sèche jusqu'alors, devint moite, et toute la nuit elle fut couverte d'une sueur abondante, qui persistait encore le lendemain matin. L'état du malade avait subi une étonnante amélioration : la respiration n'était plus que très-médiocrement gênée ; l'expectoration était purement catarrhale,

le pouls à peine fébrile; on entendait encore un râle crépitant assez marqué.

Le huitième jour, ce râle, remplacé en partie par le bruit naturel de la respiration, ne s'entendait plus qu'en quelques points isolés. Le malade se trouvait très-bien; mais quoiqu'il n'accusât plus aucune dyspnée, on remarquait encore une légère accélération dans les mouvemens respiratoires, ce qui était d'accord avec les signes fournis par l'auscultation. Le pouls conservait un peu de fréquence, sans que la peau fût chaude. Les sueurs avaient cessé depuis plusieurs heures.

Le neuvième et le dixième jour, la respiration revint tout-à-fait à son état naturel; le pouls reprit son rhythme physiologique. — Convalescent les jours suivans, le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

L'inflammation du parenchyme pulmonaire ne parait point, dans ce cas, avoir dépassé le premier degré ou celui dans lequel il n'y a qu'engorgement inflammatoire sans hépatisation. Qu'observâmes-nous en effet? Du râle crépitant, sans diminution de la sonoréité des parois thorachiques. S'il y avait eu hépatisation, un son mat aurait existé. Voilà un des cas où l'on ne saurait nier la grande utilité de la méthode de l'auscultation; sans elle, le diagnostic eût été beaucoup moins précis, et le pronostic plus incertain. A l'aide de l'auscultation, nous pûmes suivre les diverses périodes d'augmentation et de diminution de l'engouement inflammatoire. Nous fûmes avertis qu'il était moindre, à mesure que le râle crépitant fut peu à peu remplacé par le murmure naturel de l'inspiration.

Les autres symptômes confirmèrent d'ailleurs les signes fournis par l'auscultation; ils s'amendèrent chaque fois que le râle diminua; ils s'exaspérèrent chaque fois que ce râle, en augmentant, masqua le murmure inspiratoire.

Un amendement notable eut lieu dès le troisième jour, à la suite des abondantes émissions sanguines qui furent alors pratiquées; mais comme si, malgré l'influence de nos moyens thérapeutiques, les maladies étaient assujetties dans leurs cours à de certaines lois de durée qu'il n'est pas en notre pouvoir de changer, la nature reprit en quelque sorte ses droits, et jusqu'au septième jour, la pneumonie ne cessa de s'annoncer par des symptômes de plus en plus graves. Les nouvelles émissions sanguines qui furent pratiquées n'eurent aucun résultat avantageux. Le sixième jour surtout, le pronostic semblait être des plus fâcheux: la gêne extrême de la respiration, l'état d'anxiété du malade, son profond découragement, étaient du plus triste augure. Le septième jour, tout change de face : une sueur abondante s'établit; dès-lors les symptômes graves disparaissent, et la pneumonie marche franchement et promptement vers la résolution. Pourra-t-on ne pas ranger au nombre des phénomènes critiques ce mouvement fluxionnaire dont la peau devint le siége?

Cette observation tend d'ailleurs à confirmer deux points de l'ancienne doctrine des crises : 1°. l'exaspération des symptômes avant l'apparition de la crise; 2°. l'époque de la maladie à laquelle cette crise apparut, le septième jour. Elle montre enfin qu'une médication active ne s'oppose pas toujours à ce que les crises aient lieu.

IIe OBSERVATION.

Un bijoutier, âgé de vingt-neuf ans, entra à la Charité, atteint depuis trois jours d'une pleuro-pneumonie qui avait débuté par un violent frisson, point de côté à droite, toux et dyspnée. Le deuxième jour, le frisson avait été remplacé par une forte chaleur qui n'avait pas cessé depuis; le point de côté avait persisté, la dyspnée avait augmenté. Lorsque cet individu fut soumis à notre examen, il n'avait encore subi aucun traitement actif; il expectorait, depuis la veille seulement, des crachats rouillés, transparens et visqueux. Dans la partie latérale droite du thorax, dans l'étendue à peu près du lobe inférieur du poumon de ce côté, on entendait du râle crépitant qui n'était pas assez fort pour masquer complètement le murmure inspiratoire. Dans cette même partie, la poitrine percutée résonnait un peu moins qu'à gauche. Une fièvre intense existait; la langue était un peu rouge, le ventre souple et indolent, les selles ordinaires. (*Application de vingt sangsues sur le point douloureux. Saignée de seize onces. Boissons émollientes.*)

Le lendemain quatrième jour, le point de côté avait disparu; le malade assurait l'avoir senti diminuer à mesure que le sang coulait des piqûres des sangsues. Les autres symptômes persistaient; le sang tiré la veille était couvert d'une couenne épaisse. (*Saignée de douze onces.*) Aspect du sang semblable à celui de la première saignée.

Cinquième jour, persistance de la dyspnée, de la

toux et des crachats rouillés; décubitus constant sur le dos. Mêmes renseignemens fournis par l'auscultation et la percussion. Pouls très-fréquent et peu résistant; peau brûlante et sèche; langue blanche, un peu rouge sur les bords; soif vive; constipation. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Sixième jour, dans la matinée, léger trouble des facultés intellectuelles, face rouge, yeux brillans; persistance des autres symptômes. Dans la journée, grande agitation; augmentation notable de la dyspnée. Le soir, une diarrhée spontanée s'établit. La nuit, dix ou douze selles eurent lieu, fournies d'abord par des matières dures et fétides, puis par une grande quantité d'un liquide séreux, légèrement coloré en jaune.

Dans la matinée du septième jour, le malade, loin d'être fatigué par cet abondant flux de ventre, était au contraire infiniment mieux que la veille : la respiration paraissait libre; le râle crépitant était presque entièrement remplacé par le bruit naturel de la respiration; la poitrine résonnait également bien partout; les crachats ne contenaient plus de sang; on observait à peine un léger mouvement fébrile. Les jours suivans, convalescence et prompt rétablissement. La diarrhée continua encore pendant les vingt-quatre heures suivantes.

Une grande analogie existe entre cette observation et la précédente, sous le rapport du mode de terminaison de la maladie. Le siége de la crise fut seul différent; mais dans l'une et dans l'autre nous voyons également une amélioration subite et inespérée suivre l'apparition d'une

sueur chez le premier malade, et l'apparition d'un flux de ventre chez le second. Chez tous deux, ces évacuations surviennent à-peu-près à la même époque; chez tous deux, elles sont précédées d'une exaspération générale des symptômes. Nous avons d'ailleurs rarement observé dans la pneumonie une diarrhée véritablement critique; mais plus d'une fois nous avons remarqué qu'un flux de ventre modéré, qui s'établissait vers la fin d'une pneumonie, semblait donner lieu à une révulsion lente et salutaire qui pouvait favoriser la résolution de l'inflammation. C'était alors une sorte de *lysis*, comme disait Galien, plutôt qu'une véritable crise. Il est enfin d'autres diarrhées qui, symptomatiques d'une vive inflammation intestinale, ne font qu'accroître le danger de la pneumonie. Nous trouverons plus tard l'occasion de revenir sur ce sujet.

La douleur pleurétique fut brusquement enlevée par les émissions sanguines. Quant à l'inflammation du parenchyme, les saignées purent la modérer et contribuer efficacement à son heureuse terminaison; mais elles ne l'enlevèrent pas, et cette circonstance nous fournit encore un nouveau point de comparaison entre cette observation et la précédente. Il n'est pas douteux que les phlegmasies des membranes séreuses et muqueuses ne cessent souvent tout à-coup sous l'influence des émissions sanguines. Je ne crois pas que la saignée puisse ainsi faire cesser brusquement les inflammations parenchymateuses, et en particulier celles du poumon.

Chez ce malade, l'invasion de la maladie fut marquée par le frisson et l'apparition du point de côté; c'est le cas le plus ordinaire. Les crachats caractéristiques se

montrèrent dès le deuxième jour. L'existence constante du râle crépitant, avec conservation d'un peu de murmure inspiratoire, annonça que la pneumonie n'avait pas dépassé le premier degré; la diminution légère de sonoréité du côté gauche fut d'ailleurs un indice qu'ici l'engorgement inflammatoire était plus intense, plus près de l'hépatisation que chez le sujet de la première observation. Ici, cependant, le retour de l'organe à l'état sain fut beaucoup plus rapide; en vingt-quatre heures la résolution parut être complète.

IIIe OBSERVATION.

Un journalier, âgé de trente-cinq ans, entra à la Charité, atteint d'un rhumatisme articulaire peu intense et d'une bronchite aiguë. Il avait à peine un léger mouvement fébrile. Deux saignées, pratiquées dans l'espace de quarante-huit heures, firent disparaître les douleurs de rhumatisme; mais la bronchite ne céda pas. Pendant les trois ou quatre jours suivans, on ne donna que des boissons émollientes. Au bout de ce temps, le malade s'exposa au grand air, étant très-légèrement vêtu. Le soir même, réapparition de la fièvre, dyspnée, toux plus fréquente. Le lendemain matin 9 avril, ces symptômes persistaient; ils furent regardés comme le résultat d'une exaspération de la bronchite : quinze sangsues furent appliquées au bas du sternum. Le 10, la gêne de la respiration avait encore augmenté, et les crachats étaient devenus visqueux et rouillés. Nous fûmes dès-lors éclairés sur la véritable nature de la maladie; nous ne doutâmes plus

que la phlegmasie des bronches ne se fût propagée au parenchyme pulmonaire. L'auscultation fit en effet reconnaître du râle crépitant en divers points de la poitrine, tant à droite qu'à gauche. Ce râle n'existait que par places isolées peu étendues, et dans leurs intervalles l'on entendait nettement l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires. La sonoréité des parois thorachiques n'était nulle part diminuée. Une saignée de seize onces fut pratiquée.

11 et 12 avril (troisième et quatrième jour de l'invasion présumée de la pneumonie), le râle se fit entendre dans un plus grand nombre de points, sans que le son obtenu par la percussion devînt plus obscur. Les crachats acquirent une viscosité plus grande et une teinte plus fortement rouillée; la fièvre était intense, la dyspnée médiocre. Une nouvelle saignée de huit onces fut pratiquée le 11, et, le 12, un vésicatoire fut appliqué sur le devant de la poitrine. Le sang tiré le 10 et le 11 se couvrit d'une couenne épaisse.

Le 13 avril, cinquième jour, la peau, sèche jusqu'alors, commença à se couvrir d'une douce moiteur. Même état d'ailleurs. (*Boissons émollientes.*)

Sixième et septième jours, sueurs continuelles; état stationnaire des symptômes de la pneumonie.

Huitième jour, persistance de la sueur; diminution de la viscosité et de la teinte rouillée des crachats; respiration moins gênée; toux plus rare; râle crépitant moins étendu; pouls plein, ondulant, peu fréquent.

Neuvième jour, cessation de la sueur. Retour des crachats à l'état catarrhal. Le malade assure ne plus éprouver de gêne dans la respiration, qui cependant est encore

un peu accélérée. On n'entend plus qu'un râle crépitant très-faible en quelques points.

Dixième et onzième jours, ce râle persiste avec un peu de fréquence du pouls. Du reste, le malade n'offre plus que les symptômes d'une simple bronchite. On ajoute aux boissons émollientes un looch kermétisé et une pinte de décoction de racine de polygala.

Le douzième jour, le râle crépitant a entièrement disparu. Les sept ou huit jours suivans, la toux diminue progressivement, et le malade quitte bientôt l'hôpital dans un état parfait de santé.

Chez ce malade, le début de la pneumonie ne fut pas le même que chez les deux précédens. Aucune douleur pleurétique, aucun frisson ne l'annoncèrent, et l'on put croire d'abord que, sous l'influence du froid auquel s'était exposé le malade, la bronchite s'était simplement exaspérée. De là, la série des symptômes observés le 8 et le 9 avril. Mais bientôt l'aspect des crachats annonça l'existence d'une inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette inflammation elle-même nous offre une autre particularité, elle n'occupait point (comme c'est le cas le plus ordinaire) une portion déterminée des poumons; elle était en quelque sorte disséminée sur une foule de points isolés, entre lesquels le parenchyme avait conservé son état sain. C'est ce qu'apprenait l'auscultation. Il semblait qu'en se propageant de la muqueuse bronchique au tissu pulmonaire, l'irritation n'eût frappé que les portions de ce tissu qui entouraient les bronches les

plus enflammées. Il y avait véritablement dans ce cas une foule de pneumonies partielles.

Ici encore l'apparition d'une sueur abondante, vers le cinquième jour, coïncide avec une amélioration des symptômes; mais, au lieu de ne durer que quelques heures, comme chez le sujet de la première observation, et d'amener un amendement brusque de la maladie, cette sueur persiste pendant près de quatre jours, et pendant ce temps l'amélioration ne se fait que d'une manière lente et progressive. Après que tous les symptômes rationnels de la pneumonie ont disparu, il reste encore un peu de râle, indice assuré que la résolution de la phlegmasie pulmonaire n'est pas encore achevée. Ce reste de râle disparaît enfin le douzième jour. L'inflammation de la muqueuse bronchique, qui avait préexisté à la pneumonie, lui survit encore pendant quelques jours. Observés dans ces diverses périodes, les crachats fournissent sur l'état des organes des renseignemens non moins positifs que l'auscultation. Comparons maintenant cette observation et les deux précédentes sous le rapport du début de la maladie, de sa marche, de son mode de terminaison; nous trouverons de bien remarquables différences. Eh bien! ce sont ces différences qu'il importe au praticien d'étudier et de connaître : de là dépend la certitude de son diagnostic.

La pneumonie fut combattue par les saignées et les révulsifs cutanés, jusqu'au moment de l'apparition de la sueur. Dès-lors, la maladie semblant marcher vers une terminaison heureuse, on laissa agir la nature. Enfin, lorsque toute espèce de réaction fébrile eut disparu, et qu'il ne semblait plus exister qu'un peu d'engouement du

tissu pulmonaire, engouement annoncé par un reste de râle crépitant, on donna avec avantage quelques médicamens excitans, la racine de polygala et le kermès.

IVe OBSERVATION.

Une femme, âgée de trente-trois ans, fit de grandes courses dans Paris pendant les fortes chaleurs du commencement du mois de juin 1822. Le corps inondé de sueur, elle b vait une grande quantité d'eau fraîche. Bientôt elle ressentit un malaise général, de la céphalalgie, et tous les symptômes d'une courbature; puis l'appétit se perdit, et une diarrhée assez abondante s'établit. Cette diarrhée persista pendant huit ou dix jours; la malade garda la chambre et ne prit que quelques tisanes délayantes. Au bout de ce temps, le flux de ventre cessa et fut remplacé par un catarrhe pulmonaire intense. La malade, profondément abattue, entra alors à la Charité.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était tourmentée par une toux fréquente, avec expectoration de crachats écumeux, transparens, incolores et très-visqueux. Les inspirations étaient courtes, rapprochées; la poitrine percutée résonnait bien partout; l'auscultation faisait entendre la respiration forte, mais nette. Le pouls, fréquent, se déprimait facilement; la peau était brûlante et aride. Un enduit jaunâtre épais couvrait la langue; la malade avait de fréquentes nausées, une soif ardente; le ventre était douloureux à la pression; une constipation opiniâtre avait remplacé la diarrhée. (*Tisanes et lavemens émolliens.*)

Le lendemain, 15 juin, la dyspnée était plus considérable ; les crachats présentaient une légère teinte rouillée ; la poitrine résonnait encore bien partout, mais du râle crépitant existait à droite en arrière, et latéralement dans toute l'étendue à-peu-près du lobe inférieur ; dans les autres points de la poitrine, l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires se faisait avec force et netteté. La face était grippée, la douleur abdominale persistait ; le pouls avait acquis plus de plénitude. Ainsi, l'inflammation, qui, la veille encore, paraissait n'exister que dans les bronches, s'était propagée au parenchyme pulmonaire, et l'irritation co-existante des voies digestives ne s'était point amendée. (*Saignée de douze onces.*) Le sang présenta un caillot large, mou, recouvert d'une couenne verdâtre mince.

Peu de temps après la saignée, la peau, sèche jusqu'alors, devint moite, l'oppression diminua, et le pouls prit de la souplesse.

Le 16, il y avait une amélioration sensible ; le râle crépitant était moins fort, et l'on entendait mieux le bruit naturel de la respiration. Les crachats, encore visqueux, avaient perdu leur teinte rouillée : la pneumonie semblait donc marcher vers la résolution. D'un autre côté, la langue s'était nettoyée, l'abdomen avait perdu sa sensibilité ; une évacuation alvine, de bonne nature, avait eu lieu. Cependant la fièvre persistait. (*Boissons émollientes. Deux bouillons.*)

Le 17, dans la matinée, même état. Le soir, récrudescence des symptômes de la pneumonie : toux, dyspnée, crachats rouillés. La nuit, léger délire.

Dans la matinée du 18, l'oppression était considé

rable. L'oreille, appliquée sur le côté droit de la poitrine, entendait de nouveau un râle crépitant très-prononcé. La peau avait repris son aridité et sa chaleur brûlante.

Du 19 au 22, l'état de la pneumonie resta stationnaire. Stupeur, engourdissement de l'intelligence. Langue sèche. Ventre tendu et douloureux.

Du 22 au 25, une sueur abondante apparut. Dans la journée du 25, amendement manifeste de tous les symptômes : disparition de la teinte rouillée et de la viscosité des crachats ; dyspnée moindre ; diminution du râle ; pouls moins fréquent ; lucidité des facultés intellectuelles ; langue humide.

A dater de ce moment, l'état de la malade s'améliora chaque jour ; le râle fit place peu-à-peu au bruit naturel de la respiration. Il n'y eut plus de sueur. Le 29, la malade était en pleine convalescence ; mais la langue était sale, la bouche amère, l'appétit ne revenait pas, et de fréquens borborygmes avaient lieu. On donna un purgatif qui procura d'abondantes évacuations alvines. Les symptômes d'embarras gastrique et intestinal disparurent, et la malade sortit très-bien portante vers le 10 juillet.

Cette observation nous montre encore une nouvelle nuance de pneumonie au premier degré. La femme qui en fait le sujet, après s'être livrée à un violent exercice sous l'influence d'une température très-élevée de l'atmosphère, présenta d'abord les symptômes d'une simple courbature. Toute l'économie semblait alors frappée ; et affirmer que cet état de malaise général était le signal de la souffrance d'un organe spécial, d'un premier degré de

gastro-entérite, par exemple, c'eût été, ce nous semble, aller au-delà des faits. Mais bientôt il y eut véritablement localisation de la maladie; la diarrhée abondante qui survint annonça la fixation de l'irritation sur les intestins. Peu de temps après, un autre organe fut frappé; mais en même temps que se marquèrent les symptômes de la phlegmasie bronchique, on vit diminuer et disparaître les symptômes de l'irritation intestinale; enfin les signes d'une pneumonie apparurent. Le moment précis de l'invasion de cette pneumonie serait difficile à déterminer; aucun frisson n'en annonça le début, aucune douleur pleurétique ne l'accompagna, elle prit insensiblement la place d'un simple catarrhe pulmonaire : ces circonstances rapprochent cette observation de la troisième. Dans celle-ci, le râle crépitant précéda l'apparition des crachats pneumoniques. Ici, au contraire, les crachats étaient déjà fortement visqueux, lorsque l'auscultation n'apprenait rien encore; mais comme cette grande viscosité se rencontre assez souvent dans les phlegmasies bronchiques très-intenses, nous ne pûmes affirmer qu'il y avait pneumonie, que lorsque l'expectoration devint rouillée; alors seulement du râle crépitant se fit entendre. La poitrine resta constamment sonore.

Un amendement notable suivit la saignée; la douce moiteur qui suivit immédiatement l'émission sanguine était du plus favorable augure. Cependant, comme chez le sujet de la première observation, la pneumonie, qui avait rétrogradé, ne tarda pas à s'exaspérer de nouveau. En même temps, les fonctions du cerveau se troublèrent, la langue se sécha, etc. Ainsi, les organes des cavités crânienne, thorachique et abdominale, étaient

simultanément frappés. On n'employa alors d'autre traitement actif que des révulsifs appliqués sur le thorax et aux extrémités inférieures. La maladie resta quelque temps stationnaire, puis une sueur abondante se manifesta pour la seconde fois. Une amélioration subite et durable coïncida avec cette apparition, et dès-lors la maladie fut définitivement jugée.

N'oublions pas de remarquer l'aspect différent du sang chez cette femme et chez les individus qui font le sujet des trois premières observations. Chez la femme le caillot était plus mou et recouvert d'une couenne beaucoup plus mince.

Ve OBSERVATION.

Une couturière, âgée de dix-huit ans, tempérament lymphatique, jouissait d'une très-bonne santé, lorsque, le 12 octobre 1822, elle fut prise tout-à-coup, sans cause connue, d'une vive douleur au-dessous de la mamelle gauche; en même temps, fièvre, toux, oppression. Entrée à la Charité le 27 octobre, elle avait une grande dyspnée. Le point de côté persistait. Du râle crépitant se faisait entendre à gauche latéralement au niveau du sein; partout ailleurs la respiration était forte et nette, partout aussi la sonoréité était parfaite. Les crachats étaient médiocrement visqueux, transparens, très-légèrement rouillés. Pouls fréquent, peau sèche et chaude. Face rouge. (*Quinze sangsues au côté gauche, saignée de douze onces, boissons émollientes.*) Le sang présenta un caillot petit, mais dense, recouvert d'une

couenne épaisse, et nageant au milieu d'une abondante sérosité.

Dans la journée, l'oppression alla en augmentant, les crachats devinrent plus visqueux et plus rouillés. Le soir, deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

18 octobre, septième jour, la gêne de la respiration est telle, que la malade peut à peine parler. Le décubitus a lieu sur le dos; les crachats sont très-visqueux et très-rouillés; le point de côté n'existe plus. L'auscultation et la percussion fournissent les mêmes renseignemens. Le pouls est très-fréquent et petit, la peau chaude et sèche. (*Large sinapisme sur la partie antérieure de la poitrine. Une pinte de décoction de racine de polygala. Quatre grains de kermès dans quatre onces d'une potion gommeuse.*)

Huitième jour, la dyspnée a notablement diminué; le bruit naturel de la respiration a remplacé en partie le râle crépitant; le pouls n'a plus qu'une médiocre fréquence; la peau est sans chaleur; constipation. (*Mêmes boissons, et de plus huit grains de calomel.*) Une seule selle eut lieu dans les vingt-quatre heures suivantes.

Neuvième jour, respiration encore un peu accélérée; expectoration catarrhale; pouls à peine fréquent; peau couverte d'une douce moiteur qui continue pendant quarante-huit heures.

Les jours suivans, état de plus en plus satisfaisant; cependant un peu de râle persiste à gauche. Un vésicatoire est appliqué sur ce côté, et est entretenu pendant les huit jours suivans. (*Potion avec le kermès; hydromel composé.*) — La malade sort très-bien portante au commencement du mois de novembre.

Lorsque cette jeune fille fut soumise à notre observation, la dyspnée extrême qu'elle éprouvait rendait le pronostic très-défavorable ; mais, d'un autre côté, l'auscultation apprenait que l'inflammation du parenchyme pulmonaire était peu étendue et peu intense, de sorte que la grande gêne de la respiration n'était point, dans ce cas, l'indice fidèle de la gravité de la pneumonie. Ici encore la percussion ne fut d'aucun secours.

Aucun phénomène critique ne marqua la terminaison de la maladie. Nous ne donnerons point en effet le nom de *crise* à la moiteur dont se couvrit la peau, lorsque déjà il y avait eu une amélioration sensible, et qui en fut plutôt l'effet que la cause.

Le traitement suivi chez cette malade mérite toute notre attention. Une seule saignée fut pratiquée, aucun amendement ne la suivit ; et, lorsque la phlegmasie pulmonaire était à son *summum* d'acuité, on employa les vésicatoires, les boissons stimulantes (kermès et polygala). Sous l'influence de ce traitement perturbateur, les symptômes de la pneumonie s'amendèrent, et bientôt on n'observa plus d'autre trace de cette grave maladie qu'un peu d'engouement pulmonaire, annoncé par un reste de râle crépitant. C'était plutôt peut-être une infiltration séreuse du parenchyme, qu'un état inflammatoire. Quoi qu'il en soit, un vésicatoire appliqué sur le côté, et de légers excitans donnés à l'intérieur, le firent disparaître. Conclurons-nous du succès qu'eut ici ce genre de médication, que dans tous les cas de pneumonie il peut être employé avec autant d'avantage que d'abon

dantes émissions sanguines? Ce serait abandonner la pratique de la médecine à un désespérant empirisme.

Remarquons que la malade qui fait le sujet de cette observation était d'un tempérament éminemment lymphatique : sa peau blafarde et décolorée, ses chairs molles et comme disposées à l'infiltration, contr'indiquaient l'emploi d'un grand nombre de saignées, et rendaient plus rationnel l'usage hâtif des révulsifs de la peau et des stimulans internes. Nul doute qu'employés aussi prématurément chez un individu d'une constitution pléthorique, d'un tempérament irritable, ces moyens n'eussent été nuisibles. Les anciens ne perdaient jamais de vue, dans le traitement des maladies, cette importante considération des tempéramens; l'art de modifier la thérapeutique d'une même affection constitue le grand praticien. Tel était le mérite que Morgagni louait surtout dans son maître Valsalva, renommé pour l'un des praticiens les plus heureux de son temps. *Quæres fortassè ecquid in ægrorum curatione peculiare haberet? Ille verò, quæ plerique solent, auxilia in usum trahebat; sed, ut optimum medicum decet, in aliis alia.* L'observation suivante va encore servir à confirmer ces principes.

VIe OBSERVATION.

Un homme de soixante et onze ans entra à la Charité, pendant le cours du mois de mars 1821, atteint d'une paralysie incomplète des membres inférieurs et de la vessie. Cet homme, ancien cuisinier, mais privé maintenant de tout moyen d'existence, était faible, pâle, et dans le premier degré du marasme. Tous les organes,

soigneusement examinés, ne présentaient d'ailleurs aucune lésion. Huit à dix jours après son entrée, cet individu présenta les symptômes d'un léger catarrhe pulmonaire; puis il fut pris d'un violent point de côté au niveau des dernières côtes droites. En même temps, alternatives de frisson et de vive chaleur; augmentation de la toux; dyspnée. Des sangsues appliquées sur l'endroit de la douleur, la diminuent, mais ne l'enlèvent pas. On entend du râle à droite latéralement, depuis le creux de l'aisselle jusqu'un peu au-dessous du niveau du sein. Le pouls est fréquent et peu résistant; la peau peu chaude. Le deuxième jour, une saignée de deux onces est pratiquée; aucun changement notable n'a lieu. Le sang est couenneux. Le troisième jour, des crachats visqueux et teints de sang apparaissent; la dyspnée est plus considérable; on observe un affaissement très-marqué des traits de la face. (*Deux vésicatoires aux jambes; décoction de polygala gommée.*) Le quatrième jour, l'expectoration est très-difficile; le bruit qui existe dans les bronches pleines de liquide empêche de reconnaître par l'auscultation l'état du parenchyme pulmonaire. La respiration est très-gênée. Le malade peut à peine articuler quelques mots d'une voix éteinte. (*Vésicatoire sur la poitrine; frictions d'alcool camphré sur les membres; tisane de polygala. Trois grains de kermès dans une potion de quatre onces. Deux grains de tartre stibié à prendre sur-le-champ.*)

Le malade fit de grands efforts en vomissant; l'expectoration se rétablit; et la dyspnée, qui était en partie le résultat mécanique de l'accumulation des crachats dans les bronches, diminua d'une manière sensible.

Le lendemain, cinquième jour, l'état du malade était à-peu-près ce qu'il était le troisième. (*Continuation de la racine de polygala et de kermès.*)

Sixième et septième jours, persistance du râle crépitant dans l'endroit indiqué; crachats toujours visqueux et rouillés; dyspnée peu considérable, fièvre médiocre, peau constamment sèche. (*Vésicatoires aux cuisses; ceux des jambes sont secs. Mêmes boissons.*)

Huitième jour, retour des crachats à l'état catarrhal; pouls fréquent sans chaleur à la peau; respiration médiocrement accélérée, ne paraissant point gênée au malade. Même râle.

Du neuvième au quatorzième jour, un râle crépitant léger continua à se faire entendre. Il n'y avait plus d'ailleurs aucun symptôme de pneumonie; le malade toussait à peine; le pouls perdit peu-à-peu sa fréquence. (*Cinq grains de kermès chaque jour. Racine de polygala, avec addition d'une once d'oxymel scillitique pour une pinte de décoction. Hydromel composé. Quelques alimens.*) Après le quatorzième jour toute espèce de râle disparut. Le malade, entièrement guéri de son affection pulmonaire, succomba quelques mois après aux progrès d'un ramollissement de la moelle épinière, dont ce n'est point ici le lieu de parler.

Cette observation nous semble surtout digne d'attention, sous le rapport du traitement qui fut mis en usage. Il était indiqué par la constitution du malade, par l'état physique et moral dans lequel il se trouvait, plutôt que par son âge. Plus tard, en effet, nous verrons d'abon

dantes saignées employées avec avantage chez des vieillards placés dans des circonstances plus favorables à ce genre de médication ; et alors nous essaierons de prouver que la vieillesse seule ne peut jamais contr'indiquer l'emploi répété des saignées dans les cas de pneumonie. Mais les deux observations que nous venons de citer prouvent aussi qu'il est des pneumonies qu'on peut combattre par des moyens plus efficaces que la saignée.

Dans les derniers temps, le râle crépitant ne nous sembla plus annoncer un état inflammatoire des poumons; tout indiquait qu'il n'y avait plus alors qu'une sorte d'engouement séreux, un œdème pulmonaire, dont la résolution fut vraisemblablement hâtée par les moyens thérapeutiques mis en usage.

Deux septenaires s'écoulèrent entre le moment de l'invasion de la pneumonie et celui de sa résolution complète. Celle-ci ne fut favorisée par aucun phénomène critique appréciable.

VIIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de trente-un ans, tomba sur les reins, le 12 juillet, de sept à huit pieds de hauteur. La partie postérieure des dernières côtes droites fut surtout froissée. Il se releva, et continua de travailler. La nuit, il dormit bien. Le 13, en s'éveillant, il ressentit une vive douleur à la partie postérieure des fausses côtes droites, laquelle augmentait par tous les mouvemens du tronc. En même temps, malaise général, anorexie, toux, dyspnée. Le 14, le malade s'alita. Le 15, les symptômes des jours pré-

cédens persistèrent. Le 16, il entra à la Charité et fut saigné.

A la visite du 17, la douleur était encore très-vive, la toux très-pénible, la respiration courte et accélérée. La poitrine percutée résonnait bien en avant; en arrière, la douleur rendait la percussion impossible. En avant des deux côtés, ainsi qu'à gauche en arrière, le bruit respiratoire était fort et net; mais à droite en arrière, dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur, on entendait du râle crépitant; les crachats étaient visqueux, transparens, verdâtres; le pouls était à peine fréquent; la peau fraîche; la nature des crachats et l'auscultation annonçaient assez l'existence d'une pneumonie. (*Deuxième saignée. Cataplasme émollient sur le côté.*) Le malade sua un peu dans la soirée.

18, douleur moindre; respiration plus libre; d'ailleurs même état. (*Douze sangsues sur l'endroit douloureux.*)

19, la douleur ne se faisait plus sentir que par la toux, la percussion et les profondes inspirations. Cependant il y avait plus de fièvre que les jours précédens, les crachats étaient plus visqueux et plus rouillés; le râle crépitant persistait, la dyspnée était plus considérable, la parole haletante. Ainsi, en même temps que la pleurésie s'amendait, l'inflammation du parenchyme s'était exaspérée et menaçait de passer au deuxième degré. (*Saignée de dix onces.*) Le malade éprouva un mieux sensible après la saignée.

20, respiration plus libre, crachats moins visqueux, râle crépitant plus fort, avec mélange d'un léger bruit d'expansion pulmonaire; fièvre moindre. Dans la journée, abondante épistaxis.

21, une amélioration étonnante avait eu lieu, les crachats étaient devenus ceux du simple catarrhe. On n'entendait plus à droite qu'un peu de râle, mêlé au bruit naturel d'expansion pulmonaire. La parole était libre, le décubitus indifférent. L'apyrexie était complète. Aucun autre mouvement critique que l'épistaxis n'avait eu lieu.

Du 22 au 25, convalescence. — Sortie de l'hôpital le 27.

La cause déterminante de cette pleuro-pneumonie paraît avoir été la violence extérieure qui porta sa principale action sur les parois thorachiques du côté droit. La vive douleur que ressentit d'abord le malade, et qu'aucun autre symptôme grave n'accompagnait, aurait pu être très-naturellement considérée comme le simple résultat de la contusion des parties molles qui recouvrent les côtes. Lorsque nous vîmes le malade, l'absence à-peu-près complète de la fièvre nous aurait engagés sans doute à adopter cette opinion, si l'aspect caractéristique des crachats et l'existence du râle crépitant ne nous eussent révélé la véritable nature de la maladie. Les jours suivans, les symptômes de la pneumonie se dessinèrent plus franchement, en même temps que la douleur pleurétique diminua. Ces symptômes augmentèrent d'abord graduellement d'intensité, au point de faire craindre un moment que la pneumonie ne passât du premier degré au second. L'époque de l'amendement de la maladie coïncida avec l'apparition d'une abondante hémorrhagie nasale.

VIIIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-six ans, pléthorique, fut atteint de la rougeole dans le courant du mois de juillet 1822. Depuis cette époque jusqu'au mois de septembre, il continua à tousser, ce qui ne l'empêcha pas de se bien porter d'ailleurs et de se livrer à ses occupations. Le 5 septembre, à huit heures du matin, il fut pris tout-à-coup d'une douleur au-dessous du sein gauche; il ressentit en même-temps du frisson, et vomit son déjeûner. Le 6 et le 7 la douleur persista, la toux habituelle augmenta, la peau fut constamment couverte de sueur. Le malade garda le lit et but du vin chaud sucré. — Le quatrième jour il entra à l'hôpital et fut saigné. Le sang présenta une couenne épaisse, surmontant un caillot petit et dense qu'entourait beaucoup de sérosité. Au commencement du cinquième jour, le malade était dans l'état suivant :

Respiration haute, accélérée, ne semblant pas gênée au malade; toux fréquente, avec expectoration, depuis deux jours, de crachats rouillés, transparens, médiocrement visqueux. Douleur de côté ne se faisant sentir que dans les grandes inspirations et par une forte pression intercostale; râle crépitant dans toute l'étendue du obe inférieur du poumon gauche; sonoréité parfaite des parois thorachiques; décubitus sur le dos; pouls fréquent et plein; sueur générale, langue blanchâtre, soif, constipation. (*Saignée de douze onces, boissons émollientes.*) Aspect du sang comme celui de la première

saignée. — Dans la journée, malgré les deux saignées déjà pratiquées, la gêne de la respiration augmenta beaucoup.

Sixième jour, dyspnée beaucoup plus considérable que la veille; même aspect des crachats; existence du râle crépitant dans la totalité du poumon gauche; à droite, ce râle existe aussi dans quelques points du lobe inférieur; dans le reste du poumon de ce côté, la respiration s'entend avec une force extrême; le son n'est mat nulle part. Les battemens artériels, forts et pleins, sont si fréquens, qu'on peut à peine les compter; une sueur abondante couvre toujours la peau. Il était évident que l'inflammation avait envahi, depuis vingt-quatre heures, une bien plus grande partie du tissu pulmonaire; partout d'ailleurs elle ne paraissait exister encore qu'au premier degré. Une troisième saignée de douze onces fut pratiquée. Sang couenneux comme celui des deux saignées précédentes.

Septième jour, même état que la veille. (*Six sangsues de chaque côté de la poitrine.*)

Huitième jour, la respiration était plus gênée que jamais. Le malade, à demi-assis dans son lit, et encore plein de vigueur, pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante. Sa face, rouge et couverte de sueur, exprimait l'anxiété la plus vive. L'auscultation fit reconnaître du râle crépitant, excepté à droite en avant, dans l'espace compris entre la clavicule et le sein, où le murmure inspiratoire, très-net, s'entendait avec une force extraordinaire. On n'hésita pas à faire pratiquer une quatrième saignée de seize onces. Le caillot se montra aussi riche, aussi couenneux que dans les autres saignées. Cependant, tout le jour, la dyspnée

devint de plus en plus forte. Dans la matinée du neuvième jour, le malade ne pouvait plus véritablement respirer ; assis dans son lit, il contractait avec énergie tous ses muscles pour dilater le thorax ; une teinte livide avait remplacé la rougeur vermeille que la face présentait les jours précédens. La cause de ce véritable état d'asphyxie commençante nous fut connue, lorsqu'en appliquant l'oreille sur les parois thorachiques, nous entendîmes un râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue des deux poumons. Une cinquième saignée, pratiquée sur-le-champ, rendit momentanément la respiration un peu plus libre ; mais bientôt la suffocation devint de plus en plus imminente, et le malade succomba la nuit suivante dans un véritable état d'asphyxie.

Ouverture du cadavre.

Une grande quantité de sérosité rouge et spumeuse ruisselait des deux poumons, en quelque point qu'on les incisât. Le tissu pulmonaire était rouge, mais bien consistant, et partout surnageant à l'eau ; la muqueuse bronchique offrait, dans toute son étendue, une rougeur violacée ; d'énormes caillots noirs distendaient les cavités droites du cœur. Tous les viscères abdominaux étaient gorgés de sang.

La double pneumonie qui entraîna ce malade au tombeau fut moins funeste par son intensité que par son étendue. Partout, en effet, il n'y avait que simple engorgement sanguin ; mais cet engorgement, occupant la totalité des deux poumons, était plus grave que n'aurait

pu l'être, l'hépatisation d'un seul poumon. A l'aide de l'auscultation, nous suivîmes avec une grande précision les progrès de la phlegmasie ; bornée d'abord au lobe inférieur du poumon gauche, nous la vîmes s'étendre avec une effroyable rapidité au lobe supérieur de ce même poumon, puis envahir également de bas en haut le poumon droit. Un traitement antiphlogistique très-actif ne put enrayer les progrès de cette inflammation. Le malade succomba d'une manière toute mécanique en quelque sorte, comme s'il eût été étranglé ou étouffé.

Il est assez remarquable que, dans un cas d'inflammation aussi grave, la peau ait toujours été couverte d'une sueur abondante.

IXe OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin, âgé de quarante-six ans, entra à la Charité le 21 janvier 1820. Exposé à un froid humide pendant toute la journée du 18, il eut du frisson dans la soirée, sentit une chaleur brûlante toute la nuit, et délira dans la journée du 19. Ce même jour, il commença à tousser. Le 20, troisième jour, intégrité des facultés intellectuelles, mais augmentation de la toux, légère dyspnée, fièvre. Soumis pour la première fois à notre examen dans la matinée du quatrième jour, le malade offrit l'état suivant : Respiration accélérée, oppression. Toux fréquente, sans douleur, avec expectoration de crachats rouillés, visqueux et transparens. (Ces crachats caractéristiques n'existent que depuis la

veille.) Râle crépitant, ne masquant point entièrement le murmure inspiratoire au-dessous des deux clavicules, depuis ces os jusqu'au niveau du sein, dans le creux des deux aisselles et dans les deux fosses sus-épineuses. Partout ailleurs respiration forte et nette; sonoréité de la poitrine conservée; décubitus sur le dos; pouls fréquent et plein, peau chaude et sèche, langue blanchâtre; constipation. Diagnostic: engouement inflammatoire du sommet des deux poumons. (*Saignée de seize onces, sinapismes aux jambes dans la soirée, tisanes et lavemens émolliens.*) Le sang était formé d'un large caillot sans sérosité, recouvert d'une couenne épaisse.

Le cinquième jour, le râle crépitant masquait plus complètement le murmure inspiratoire, il s'entendait à droite dans la fosse sous-épineuse; les deux côtés antérieurs de la poitrine paraissaient moins sonores, la dyspnée était plus grande, les crachats plus visqueux. Ainsi des deux côtés l'inflammation avait fait des progrès et paraissait marcher vers l'hépatisation. Deux saignées furent prescrites, une le matin de douze onces, et l'autre le soir de huit onces. Sang couenneux avec caillot large, sans sérosité.

Le sixième jour, même état. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*)

Septième jour, oppression de plus en plus grande; parole haletante; diminution notable de la sonoréité au-dessous des deux clavicules; râle crépitant, faible, mais sans mélange du murmure inspiratoire, dans les mêmes points où il a été entendu les jours précédens. Crachats rouges, réunis en une masse gélatiniforme qui se détache

à peine du vase. Pouls très-fréquent, se laissant facilement déprimer; persistance de la sécheresse de la peau; teinte jaune de la face. (*Deux vésicatoires aux jambes, une pinte de décoction de polygala gommée.*)

Huitième jour, dans la matinée, délire, altération des traits. Mort le soir.

Ouverture du cadavre.

Le lobe supérieur de chaque poumon offre une couleur rouge vermeille qui contraste avec la teinte grisâtre des autres lobes. De ces mêmes lobes supérieurs s'écoule par l'incision une grande quantité de sérosité rouge et écumeuse; leur tissu, plus facilement déchirable que celui des autres lobes, et crépitant à peine, surnage encore à l'eau. Ailleurs le parenchyme pulmonaire est sec, si ce n'est postérieurement, où il offre un peu d'engouement cadavérique. Couleur rouge de la muqueuse bronchique des lobes supérieurs. Anciennes adhérences celluleuses des plèvres; cavités du cœur remplies de sang noir liquide.

Rien de remarquable dans les organes du crâne et de l'abdomen.

Cette double pneumonie, beaucoup moins étendue que celle dont fut atteinte le sujet de l'observation VIII, fut cependant aussi rapidement mortelle; mais notons que c'étaient les lobes supérieurs que l'inflammation avait frappés, et nous croyons avoir constaté que, toutes choses égales d'ailleurs, l'inflammation de ces lobes est plus grave, plus redoutable qu'une phlegmasie, même plus

intense, des autres portions du parenchyme pulmonaire. Il est très-vraisemblable que si l'engouement inflammatoire eût existé dans les deux lobes inférieurs, le cas n'eût pas été mortel. Ici, d'ailleurs, le tissu pulmonaire était très-près de l'hépatisation; il avait déjà perdu un peu de sa consistance : pressé entre les doigts, il crépitait à peine, et dans cet état il rappelait assez bien la sensation que l'on éprouve lorsque l'on presse les poumons d'un fœtus qui n'a point respiré. Cet état intermédiaire entre le simple engouement et l'hépatisation avait été annoncé par la diminution de plus en plus grande du râle, sans retour simultané du souffle naturel de la respiration. Il avait été également annoncé par la diminution de sonoréité des parois thorachiques, sans qu'il y eût pourtant véritable matité. Enfin la grande viscosité des crachats était encore un indice que la pneumonie tendait à passer du premier au deuxième degré.

On conçoit d'ailleurs combien les renseignemens fournis par la percussion peuvent être infidèles, lorsque, comme ici, le son diminue également à-la-fois des deux côtés du thorax, sans qu'il y ait encore une *matité* bien prononcée.

L'invasion de la pneumonie ne fut annoncée par aucun point pleurétique; le délire qui s'était montré presque au début de la maladie, et qui avait disparu à mesure que les signes de la pneumonie s'étaient mieux dessinés, reparut dans les dernières vingt-quatre heures de l'existence du malade. Il ne put être expliqué par aucune lésion appréciable de l'encéphale. Dans ce cas particulier, se trouva confirmé l'aphorisme d'Hippocrate : *A peripneumoniâ phrenitis, malum.*

§. II. *Pleuro-pneumonies au deuxième degré.* (*Hépatisation rouge.*)

Dans l'état actuel de la science, il est presque toujours facile de distinguer, d'après la nature des symptômes, ce deuxième degré du premier. La percussion et l'auscultation ne donnent plus les mêmes signes; les crachats ont souvent un autre caractère; on pourrait aussi admettre, *à priori*, que toujours, dans le cas d'hépatisation, la dyspnée est plus grande; mais il y a à cet égard de nombreuses exceptions; et s'il est vrai de dire que l'état de la respiration est très-important à considérer sous le rapport du pronostic, il faut avouer d'un autre côté que la liberté plus ou moins grande des mouvemens respiratoires ne peut donner tout au plus que des probabilités sur l'état même du parenchyme pulmonaire. Nous avons déjà vu une dyspnée extrême coïncider avec un léger engouement du parenchyme; nous verrons plus bas une hépatisation considérable avec peu de gêne dans la respiration.

Xe OBSERVATION.

Un charpentier, âgé de trente-deux ans, d'une faible constitution, marié depuis quinze jours, soupa comme à son ordinaire dans la soirée du 20 avril 1822. Une heure après, il fut pris tout-à-coup d'un violent frisson qui dura toute la nuit. Dans la matinée du 21, il sentit une douleur qui se manifesta d'abord au sommet de l'épaule gauche, et qui s'étendit bientôt à toute la partie

latérale gauche du thorax. Cette douleur augmentait par la toux et par les inspirations profondes; elle devenait insupportable par le décubitus à gauche. En même temps, toux sèche, sueur le soir. Pendant les sept jours suivans, le malade garda le lit et ne but que quelques tisanes adoucissantes. La douleur de côté persista; la respiration devint de plus en plus gênée; les crachats se teignirent de sang. — Dans la soirée du 27, septième jour, il entra à l'hôpital et fut saigné immédiatement. La nuit, il délira. Dans la matinée du huitième jour, il présenta l'état suivant : inspirations courtes et rapprochées; toux fréquente, avec expectoration d'une quantité assez considérable de crachats rouillés, visqueux, transparens. La douleur, moins vive que les jours précédens, se faisait sentir par la percussion dans tout le côté latéral gauche du thorax, depuis l'aisselle jusqu'aux dernières côtes. Le décubitus avait lieu sur le dos; la poitrine percutée rendait un son mat, latéralement en arrière, dans toute l'étendue à-peu-près du lobe inférieur du poumon; en quelques points de cette même étendue on entendait un peu de râle crépitant, sans mélange de murmure inspiratoire. On conclut de ce double renseignement fourni par la percussion et l'auscultation, que le lobe inférieur du poumon gauche était en partie engoué, en partie hépatisé. Pouls fréquent, assez résistant; peau chaude et moite. (Des sueurs avaient eu lieu chaque soir depuis l'origine.) Langue blanchâtre; anorexie; soif médiocre; constipation. (*Saignée de douze onces. Trente sangsues sur le côté gauche. Tisanes émollientes.*) La journée se passa assez bien; le soir, sueur abondante; délire la nuit.

Dans la matinée du neuvième jour, le délire persistait; mais la respiration était plus facile que la veille; les crachats contenaient moins de sang; le râle crépitant, sensiblement plus fort et plus étendu que la veille, semblait annoncer que les parties hépatisées du poumon repassaient au simple engouement. La fièvre était moindre. Sous le rapport de la pneumonie, le malade était évidemment mieux; mais l'existence du délire annonçait une congestion cérébrale, d'autant plus fâcheuse qu'elle aurait dû diminuer si elle n'avait été que sympathique de l'affection thorachique. Assez d'émissions sanguines avaient été faites chez un sujet naturellement faible. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes, comme révulsifs à-la-fois de la tête et de la poitrine. Le délire cessa en effet vers le soir et ne reparut plus.

Dixième jour, même état; sueurs le soir. Onzième et douzième jours, le son du côté gauche était moins mat, et le râle crépitant y était très-prononcé. Le malade ne sentant plus aucune douleur, exécutait assez facilement une inspiration profonde; les crachats, à peine rouillés, repassaient à l'état catarrhal; la fièvre était modérée; en un mot, tout annonçait que la résolution s'opérait. Treizième jour, application d'un vésicatoire sur le côté gauche du thorax. Quatorzième et quinzième jours, l'on commença à entendre le bruit naturel de la respiration mêlé au râle crépitant. Dès-lors, disparition du son mat, crachats de catarrhe. Seizième jour, le bruit naturel de la respiration, beaucoup plus net que la veille, n'était plus mêlé, qu'en quelques points et par intervalles, à du râle crépitant; le pouls conservait un peu de fréquence, sans autre signe de fièvre. Il n'y avait plus de sueur le

soir depuis trois jours. Dix-septième jour, murmure de la respiration également net et naturel partout; convalescence.

Fixons quelques instans notre attention sur les signes que fournirent ici l'auscultation et la percussion. Il y avait d'abord son mat, et en même temps râle crépitant faible, sans mélange de murmure inspiratoire. De ces signes nous déduisîmes la conséquence qu'il y avait déjà hépatisation du tissu pulmonaire. Plus tard, lorsque la diminution de la fièvre, la dyspnée de moins en moins forte, le retour des crachats à l'état catarrhal, le rétablissement progressif de la sonoréité des parois thoraciques, annonçaient la résolution de la pneumonie, l'auscultation précisait en quelque sorte tous les instans de cette résolution; elle nous montrait chaque jour le tissu pulmonaire repassant peu-à-peu de l'état d'hépatisation à l'état de simple engouement. L'intensité plus ou moins forte du râle crépitant, son mélange plus ou moins grand avec le bruit physiologique de la respiration, nous avertissent de ces différens états du poumon avec une sorte de rigueur presque mathématique. Si le râle crépitant est très-fort, sans mélange de murmure inspiratoire, on peut être certain que, dans toute la partie du poumon où on l'entend, il n'y a que simple engouement, mais que cet engouement est très-considérable. Si avec le râle on entend encore le bruit qui résulte de l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires, on doit en conclure, comme dans le cas précédent, qu'il n'y a encore que simple engouement, mais que cet engouement est moins considérable, et que beaucoup de parties du pou-

mon sont encore saines. Il y a un degré où le râle ne s'entend plus qu'en quelques points isolés, à de longs intervalles, ou bien d'une manière continue, mais si faible qu'il faut beaucoup d'attention et d'habitude pour le distinguer et le saisir, en quelque sorte, au milieu du bruit d'expansion pulmonaire qui prédomine à mesure que le râle diminue; alors l'engouement inflammatoire est très-léger ou très-circonscrit. D'autres fois, bien que le râle crépitant devienne de plus en plus faible, le bruit d'expansion pulmonaire ne se rétablit pas; alors il y a passage du premier au deuxième degré, mélange d'engouement et d'hépatisation. Il est rare que, dans le cas où cette hépatisation même est considérable, l'on n'entende pas encore un peu de râle crépitant. Dans ce dernier cas, l'entrée de l'air et la résonnance de la voix dans les bronches subissent des modifications, d'où résultent de nouveaux signes sur lesquels nous aurons occasion d'insister plus tard. Lorsque les portions de poumon hépatisées redeviennent perméables à l'air, on en est averti par le retour du râle crépitant, ou par son intensité plus grande, s'il a persisté. Il est une circonstance qui mérite toute l'attention du praticien, c'est que très-souvent le bruit d'expansion pulmonaire reste mêlé à un peu de râle crépitant, long-temps après que tous les autres signes de la pneumonie ont disparu. Que conclure de ce fait? C'est que les portions de poumons qui ont été enflammées ne reviennent ordinairement à leur état tout-à-fait physiologique qu'avec une plus grande lenteur qu'on aurait pu le croire avant la pratique de l'auscultation; de-là, la facilité des rechutes dans la convalescence des phlegmasies pulmonaires; de-là aussi

les grandes précautions qu'il est nécessaire de prendre, tant que le râle persiste. Si on les néglige, la maladie, devenue latente dans cette dernière période de son existence, pourra repasser inopinément à l'état aigu; ou bien, ce qui est le cas le plus commun, une inflammation chronique sera entretenue dans le poumon, et la dégénération tuberculeuse de ce viscère en sera le résultat, pour peu que le malade y soit prédisposé.

Portons maintenant nos regards sur quelques autres circonstances notables de cette observation.

Les sueurs n'eurent ici aucun caractère critique : elles se manifestèrent dès le premier jour de la maladie, et persistèrent jusqu'à son déclin. Elles purent d'ailleurs favoriser l'heureuse terminaison de la pneumonie. Cette terminaison eut lieu peu-à-peu, sans être accompagnée d'aucune crise proprement dite.

La douleur pleurétique aurait pu être regardée, à cause de son siége primitif (à l'épaule), comme une simple douleur rhumatismale; mais le frisson intense qui précéda son apparition en indiquait la nature. C'était par l'absence ou par la présence du frisson initial que Stall cherchait à distinguer, dans beaucoup de cas, un rhumatisme fixé sur les parois thorachiques avec toux et fièvre, d'une véritable pleurésie. Comment un aussi excellent observateur a-t-il dit qu'on pouvait aussi tirer de l'état de la langue un caractère distinctif? D'après lui, elle est humide dans le rhumatisme, et *sèche* dans l'inflammation de la plèvre. Rien n'est certainement plus inexact. Transportée de l'épaule à la poitrine, cette douleur présenta encore chez notre malade une circonstance insolite. Au lieu de se manifester en un point circonscrit,

au niveau ou au-dessous du sein, comme c'est le cas le plus ordinaire, elle s'étendit à toute la partie latérale gauche du thorax. Il serait, je pense, assez difficile de dire pourquoi, dans le plus grand nombre des cas, il n'en est pas ainsi; pourquoi une inflammation générale de la plèvre ne signale le plus souvent son existence que par un *point douloureux*. Il semble que ce serait le cas le plus général qui devrait former l'exception.

Le délire qui se manifesta plusieurs jours de suite, céda avec une rare promptitude à des révulsifs appliqués aux extrémités inférieures à une époque où la réaction ne semblait plus à redouter. Ce délire ne se présenta d'ailleurs avec aucun caractère fâcheux; et si l'une de nos observations précédentes a confirmé l'aphorisme d'Hippocrate sur le danger du délire dans la pneumonie, l'observation actuelle en dément la constante exactitude. Du reste, on sait qu'il est des individus chez lesquels l'affection la plus légère se complique de délire. C'était peut-être le cas de notre malade; l'ensemble de sa constitution semblait annoncer une grande susceptibilité du système nerveux, susceptibilité qui pouvait d'ailleurs avoir été augmentée par un mariage contracté récemment.

XIe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt-un ans, fut atteint d'un simple coryza dans la journée du 2 mars 1824. Le lendemain, à neuf heures du matin, il fut pris, sans malaise antécédent, d'un point de côté au-dessous du sein droit; dans la journée, persistance de la douleur, toux

sèche, dyspnée légère, fièvre, sueur le soir et la nuit. Le 4 mars, le malade observe la diète et le repos, et entre à la Charité dans la soirée du 5. État du 6 mars (quatrième jour à dater de l'invasion du point de côté) : son mat à droite en arrière dans toute l'étendue à-peu-près du lobe inférieur. Dans cette même partie, râle crépitant faible sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire. Partout ailleurs, murmure inspiratoire fort et net, toux fréquente avec expectoration de crachats rouillés, réunis en une masse gélatiniforme qui ne se détache point du vase lorsqu'on le renverse. Douleur pleurétique sensible, seulement lorsqu'on percute. Respiration paraissant peu gênée au malade, bien que les inspirations soient courtes et rapprochées. Pouls fréquent et plein, peau chaude et sèche (il n'y a plus eu de sueur depuis le 3 mars). Nous pensâmes qu'il y avait déjà hépatisation du tissu pulmonaire (*Saignée d'une livre.*)—La journée fut bonne ; la nuit, le malade dormit un peu et transpira légèrement.

Cinquième jour, on ne perçoit plus à droite qu'un très-léger râle, sans aucun bruit d'expansion pulmonaire ; le son est plus mat que la veille ; chaque fois que le malade inspire, l'entrée de l'air dans les bronches de la portion de poumon enflammée est accompagnée d'une sorte de souffle, entièrement différent du bruit qui résulte, chez l'homme sain, de l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires. Il semblait que, celles-ci étant devenues imperméables, la colonne d'air, qui ne pouvait plus pénétrer au-delà des grosses bronches, vibrait avec plus de force contre leurs parois, d'où résultait un bruit respiratoire bien distinct de celui qui se faisait entendre

dans les portions de poumons restées saines. Enfin dans cette même partie hépatisée, la voix du malade avait un caractère particulier, qui n'était ni la pectoriloquie, ni aucune des variétés de l'œgophonie; *elle retentissait plus fortement qu'ailleurs.* Les autres symptômes n'offrirent pas de changement notable. (*Saignée de douze onces.*) —Le sang des deux saignées présenta une couenne.

Sixième jour, mêmes renseignemens par l'auscultation et la percussion. Dyspnée plus considérable, crachats très-visqueux, expectorés difficilement; pouls fréquent et faible; prostration. La gêne plus grande de la respiration détermina M. Lerminier, malgré la faiblesse du pouls et l'état apparent de débilité générale, à prescrire une troisième saignée de huit onces. Elle fut couenneuse comme les précédentes. Deux sinapismes furent ensuite appliqués aux jambes. Le malade prit dans la journée, par cuillerées, un *demi looch blanc avec addition de quatre grains d'ipécacuanha et d'un demi-grain de kermès. Tisane de violette et de bourrache, trois bouillons.* Nous quittâmes le malade, augurant mal de son état.—Dans la nuit, la peau qui, à l'exception du premier jour, était restée sèche ou n'avait présenté qu'une très-légère moiteur, se couvrit d'une sueur très-abondante, qui persistait encore le lendemain matin.

Septième jour : alors il s'était fait dans l'état du malade un remarquable changement. Un râle crépitant très-prononcé, avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire, avait remplacé la *respiration bronchique*, qui la veille encore s'entendait seule dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit. La résonnance particulière de la voix dans ce même point avait disparu.

Les crachats avaient perdu une grande partie de leur teinte rouillée et de leur viscosité. La respiration était plus libre, l'expression de la face plus naturelle, le pouls moins fréquent et moins faible. La sueur continua jusqu'au soir. (*Tisanes émollientes , bouillons.*)

Huitième jour, râle crépitant avec mélange du murmure naturel de la respiration; sonoréité à-peu-près égale des deux côtés du thorax. Crachats de simple catarrhe; fréquence médiocre du pouls, douce chaleur de la peau. Les jours suivans. disparition complète du râle crépitant, qui fait place au seul bruit d'expansion pulmonaire; cessation de la toux, guérison.

Des signes non équivoques annoncèrent, chez ce malade, l'hépatisation du tissu pulmonaire. Elle existait déjà le quatrième jour; mais elle n'était encore que peu étendue ou incomplète en beaucoup de points. Le cinquième jour, elle était plus considérable. Nous avons décrit avec soin et cherché à expliquer les deux signes qui indiquèrent ce funeste progrès, savoir, la nature particulière du bruit de la respiration, et le retentissement de la voix. Pour exprimer par un terme générique la modification que subit le bruit respiratoire dans les poumons hépatisés, nous proposons d'appeler ce bruit ainsi modifié, *respiration bronchique*, par opposition au bruit respiratoire qu'on entend dans l'état sain, qui annonce l'entrée libre de l'air dans les vésicules pulmonaires, et que nous appellerions volontiers *respiration vésiculaire*. Ces phénomènes coïncidaient d'ailleurs avec la *matité*

du son et la grande viscosité des crachats. La gêne de la respiration ne semblait pas d'abord en rapport avec la gravité de la lésion pulmonaire. Mais bientôt la dyspnée devint considérable, et dès-lors on dut porter un pronostic fâcheux, que confirmaient encore et le mauvais aspect de la face et le caractère du pouls. Cependant, dans l'espace de vingt-quatre heures, en même-temps qu'une sueur très-abondante se manifesta, tout changea de face; l'inflammation, dont les progrès n'avaient pu être arrêtés par un traitement antiphlogistique très-énergique, rétrograda avec une merveilleuse rapidité du deuxième vers le premier degré, et très-peu de temps fut nécessaire pour amener la résolution complète d'une aussi grave phlegmasie. Nier que dans ce cas des sueurs critiques ont terminé la pneumonie, ce serait, ce nous semble nier, l'évidence. On retrouve ici tous les caractères d'une véritable crise : exaspération de plus en plus grande de la maladie, puis apparition subite et spontanée d'un mouvement fluxionnaire vers la peau, et en même-temps amendement très-manifeste de tous les symptômes. Ce jugement brusque de la maladie est encore un des caractères des phénomènes critiques. Sans doute la pneumonie aurait pu également se terminer d'une manière favorable, sans qu'aucune crise n'eût lieu; mais cette terminaison eût été très-vraisemblablement beaucoup plus lente, et nous n'aurions pas vu, dans l'espace de quarante-huit heures, une forte hépatisation du poumon faire place à un léger engouement, qui disparut lui-même avec rapidité.

N'oublions pas de noter l'époque de la crise, dans la nuit du sixième au septième jour; fut-elle favorisée par

le looch avec l'ipécacuanha et le kermès que le malade avait pris la veille ?

Aucun frisson ne précéda ici l'apparition du point de côté.

XIIe OBSERVATION.

Un quincailler, âgé de trente-deux ans, sentit, en revenant de la campagne à Paris, dans la soirée du 28 février, un violent frisson; puis il eut chaud et commença à tousser pendant la nuit. Le lendemain 1er. mars, douleur au-dessous du sein droit; le malade s'alita et but du vin chaud sucré. Il toussa tout le jour sans cracher. Le 2 mars, le point de côté n'existait plus. — Le 3, se sentant bien portant, il retourna à Gonesse. Mais en venant le soir à Paris, il fut pris de nouveau de point de côté à droite, de fièvre, et il toussa beaucoup dans la nuit. Entré à la Charité dans la soirée du 4, il fut sur-le-champ saigné. La nuit, il sua pour la première fois. — Dans la matinée du 5, la respiration était courte, gênée; la poitrine percutée rendait un son mat en arrière et à droite, dans toute l'étendue à-peu-près des lobes moyen et inférieur. Dans cette même partie s'entendait la *respiration bronchique*, et la voix retentissait d'une autre manière que dans les autres points du thorax. Crachats fortement rouillés, réunis en une masse gélatiniforme qui ne se détache point du vase lorsqu'on le renverse. Pouls fréquent, plein; décubitus sur le dos. Diagnostic : *hépatisation rouge* de la partie moyenne du poumon droit. (*Saignée de douze onces, tisanes émollientes.*) Sang des deux saignées fortement couenneux. — Sueur le soir et une grande partie de la nuit.

6 (septième jour), même état. (*Saignée de douze onces.*) Elle se montra couenneuse comme les deux premières. Délire le soir; sueur la nuit.

Huitième et neuvième jours, dyspnée moindre; crachats aussi visqueux, mais moins rouillés. Mêmes renseignemens par l'auscultation et la percussion. Pouls fréquent, faible; délire le soir. (*Vingt-quatre sangsues au côté droit le huitième jour, et deux vésicatoires aux jambes le neuvième.*)

Dixième jour, un grand changement s'était opéré dans l'état de la respiration. Un râle crépitant très-prononcé s'entendait au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; un peu plus bas, l'on entendait encore la respiration bronchique; le son était moins mat. Dans le lobe supérieur du poumon droit, et dans la totalité du gauche, le murmure inspiratoire était net, mais très-intense. Le malade ne sentait pas d'oppression; et, en effet, la respiration était à peine accélérée : il toussait moins; les crachats étaient beaucoup moins visqueux, et à peine rouillés. Des sueurs copieuses avaient eu lieu toute la la nuit: langue blanchâtre; soif; urines abondantes. Le soir, pour la première fois depuis quelques jours, il n'y eut pas de délire. (*Tisanes émollientes.*)

Onzième jour, les crachats n'étaient plus que ceux du simple catarrhe. Râle crépitant, en arrière à droite, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la partie la plus inférieure de la poitrine. Là, aussi, sonoréité moindre; pouls à peine fébrile; aucune sueur n'avait eu lieu.

La nuit suivante, le malade eut encore du délire. Cependant, dans la matinée du douzième jour, il était bien; il n'avait pas de fièvre. A droite, le bruit de la

respiration était plus faible qu'à gauche, et mêlé de temps en temps de râle crépitant. Le son était aussi clair qu'à gauche.

Du treizième au seizième jour, le bruit de la respiration revint peu-à-peu à son état naturel. (*Potion gommeuse avec quatre grains de kermès chaque jour; tisane de polygala.*)

Le dix-septième jour, la respiration s'entendait également bien dans tous les points de la poitrine; il n'y avait plus d'autre phénomène morbide qu'une toux légère avec expectoration catarrhale. Cette toux persista encore pendant une huitaine de jours; puis le malade quitta l'hôpital, parfaitement rétabli.

Cette observation offre beaucoup de points d'analogie avec la précédente. Les mêmes signes, savoir : le son mat, la respiration bronchique, le retentissement particulier de la voix, la grande viscosité des crachats, annoncèrent l'hépatisation rouge du tissu pulmonaire. Plus tard, la disparition de ces signes et l'existence du râle crépitant indiquèrent le retour de la phlegmasie du deuxième au premier degré. Malgré l'intensité de la lésion pulmonaire, la dyspnée ne fut jamais considérable; elle n'était plus même sensible à une époque où il y avait encore un peu d'hépatisation et beaucoup d'engouement. Des sueurs eurent lieu chaque nuit, depuis l'époque de l'entrée du malade jusqu'au neuvième jour, sans avantage manifeste. Celles qui survinrent dans la nuit du neuvième au dixième jour furent beaucoup plus copieuses, et un amendement notable coïncida avec leur

apparition. Elles cessèrent de se montrer les jours suivans. La résolution complète s'opéra d'ailleurs plus lentement que chez le sujet de l'observation XIe. Est-ce parce que le caractère critique des sueurs fut ici moins tranché ?

Chez ce malade, comme chez plusieurs des précédens, l'on observa du délire à chaque exacerbation du soir. Ce délire périodique se montra même encore, alors que la résolution de la pneumonie s'opérait, et qu'il n'y avait plus de fièvre dans la journée. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit sur ce sujet, savoir, qu'il est des individus qui, en vertu d'une sorte d'idiosyncrasie inexplicable, ne sauraient être malades sans avoir du délire, qui, chez eux, ne doit rien ajouter à la gravité du pronostic. Cette circonstance indique toutefois une grande susceptibilité du système nerveux. De là, une disposition particulière aux affections du cerveau, dès que les autres organes sont souffrans; de là aussi, des indications thérapeutiques spéciales.

Le début de la maladie présente ici une particularité qui doit être remarquée. Il n'y eut d'abord qu'une simple pleurésie, qui se dissipa sans émissions sanguines. Le malade se crut alors guéri; mais, à la suite d'un nouveau voyage, le point de côté se renouvela, et la phlegmasie, bornée d'abord à la plèvre, ne tarda pas à se propager au parenchyme pulmonaire. La douleur pleurétique ne fut que de très-courte durée. La pneumonie, restée seule, fut combattue par d'abondantes saignées. Plus tard, lorsqu'il n'y avait plus de fièvre, et que la résolution s'opérait, le kermès et la racine de polygala furent donnés avec avantage.

XIIIe OBSERVATION.

Un souffleur de verre, âgé de dix-huit ans, avait un léger rhume depuis huit jours. Dans la soirée du 19 mai 1824, il s'exposa à un froid humide. Dans la nuit, il eut du frisson suivi d'une forte chaleur, et fut pris de douleur dans le côté droit du thorax. Le lendemain matin, vomissement bilieux; toux plus fréquente, avec expectoration sans caractère. Même état les jours suivans. Entré le 13 juin à la Charité, il présente, le 14, l'état suivant.

Respiration précipitée; crachats visqueux et rouillés: douleur légère au-dessous du sein droit; son mat, à droite en avant, depuis la clavicule jusqu'au sein, et en arrière, dans la même étendue; respiration bronchique et résonnance particulière de la voix sous l'aisselle droite et au niveau de l'épine de l'omoplate du même côté. Diagnostic : *hépatisation du lobe supérieur du poumon droit.* Pouls fréquent et petit; langue un peu rouge; sensibilité à l'épigastre. (*Saignée d'une livre; tisanes émollientes*; *diète.*)

Le 15 et le 16, aucun changement notable n'eut lieu du côté de la poitrine. La langue perdit sa rougeur; un léger dévoiement s'établit. (*Deuxième saignée.*)

Le 17, son moins mat; respiration bronchique moins évidente; disparition de la résonnance de la voix; râle crépitant en quelques points; respiration plus libre; crachats aussi rouillés, moins visqueux.

Pendant les cinq à six jours suivans, le bruit naturel

d'expansion pulmonaire se rétablit peu-à-peu dans les divers points du lobe supérieur du poumon droit; le son mat disparut; les crachats redevinrent ceux du catarrhe, et le malade ne tarda pas à entrer en convalescence.

Cette observation présente, sous le rapport des symptômes, un cas analogue à celui que nous a offert l'observation XII. Ici, seulement, l'inflammation eut son siége dans le lobe supérieur du poumon. L'endroit où s'entendaient et la respiration bronchique et la résonnance de la voix, ne laisse aucun doute sur la cause de ce double phénomène. On ne peut les attribuer dans ce cas à un épanchement.

XIVe OBSERVATION.

Un imprimeur en taille-douce, âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution faible et catarrhale, fut pris, en travaillant, d'un violent frisson; puis il ressentit une douleur pongitive au niveau de la mamelle droite. Les trois jours suivans, persistance de la douleur, toux, fièvre, oppression, sangsues à l'anus. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois (le quatrième jour), il était couché sur le dos, la face pâle, les traits abattus, l'anxiété générale très-grande; sa respiration était courte, accélérée. La douleur de côté n'était plus que très-légère. Le malade expectorait, au milieu d'efforts de toux souvent répétés, une grande quantité de crachats visqueux, transparens, rouillés, pouvant en

core se détacher du vase. La poitrine percutée rendait un son mat en avant et à droite depuis la clavicule jusqu'à la mamelle, et en arrière de ce même côté dans la fosse sus-épineuse de l'omoplate. Dans ces mêmes points l'on entendait du râle crépitant faible, sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire (passage du premier au deuxième degré). Le pouls était fréquent, développé, la peau chaude et sèche. (*Vingt sangsues sur le côté droit, saignée de seize onces, tisanes émollientes.*)

Le lendemain 3 mai, cinquième jour, une douleur vive, augmentant par la pression et la percussion, existait immédiatement au-dessous de la clavicule droite; le malade était en sueur. Depuis l'invasion de la pneumonie il suait ainsi chaque nuit. Le sang tiré la veille était formé d'un caillot petit, recouvert d'une couenne épaisse et entouré d'une sérosité abondante. (*Saignée de seize onces.*)

Sixième et septième jours, la respiration devint moins gênée, la douleur sous-claviculaire disparut, les crachats se rapprochèrent de ceux de la bronchite aiguë. Le pouls devint moins fréquent, et la peau moins chaude. Des sueurs eurent lieu chaque nuit; cependant le son restait mat, le bruit naturel de la respiration ne se rétablissait pas. (*Deux vésicatoires aux jambes, looch kermétisé, tisane de violette, trois bouillons.*)

Les jours suivans, oppression légère, toux avec expectoration purement catarrhale, pouls un peu fréquent, sans chaleur de la peau. Ces symptômes annonçaient le passage de la pneumonie à l'état chronique. En effet, le son ne s'éclaircissait pas au-dessous de la clavicule droite.

Dans ce même point le bruit d'expansion pulmonaire était remplacé par une sorte de bruit de soufflet très-prononcé (respiration bronchique), et la résonnance de la voix était telle qu'elle simulait la pectoriloquie. Plusieurs personnes pensèrent en effet que des tubercules s'étaient ramollis chez cet individu pendant le cours de sa pneumonie, et qu'une caverne s'était formée au sommet du poumon droit. — Pendant une quinzaine de jours, l'état du malade resta stationnaire; puis le bruit de soufflet et le retentissement de la voix devinrent moins marqués, et en même-temps nous commençâmes à entendre sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse le bruit d'expansion pulmonaire, sans mélange de râle crépitant. Vers la fin de mai, le murmure inspiratoire devint aussi fort et aussi net que dans les autres points du thorax, et toute apparence de pectoriloquie disparut. La toux, l'oppression et tous les autres symptômes morbides cessèrent aussi graduellement; la santé était parfaite au commencement du mois d'avril.

Nous trouvons ici le double phénomène de la respiration bronchique et du retentissement de la voix beaucoup plus marqué que dans aucune des précédentes observations. L'hépatisation complète du poumon droit, passée à l'état chronique, en rend suffisamment raison. Nous ne saurions admettre qu'il y ait eu, dans ce cas, formation d'une excavation tuberculeuse qui se serait cicatrisée; car, dans cette hypothèse, n'aurait-on pas dû retrouver dans les crachats des débris de tubercules? N'aurait-on pas dû entendre, à une certaine époque, un

fort gargouillement à la place du bruit de soufflet? La guérison d'ailleurs eût-elle été aussi prompte et aussi facile? Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'ici aucun râle crépitant ne se montra lorsque la résolution commença à s'opérer; on entendit seulement le bruit d'expansion pulmonaire, qui, d'abord faible, augmenta peu-à-peu d'intensité. Les crachats cessèrent d'être caractéristiques, dès que la pneumonie eut passé à l'état chronique; c'est le cas ordinaire.

XVe OBSERVATION.

Un menuisier, âgé de trente-trois ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, resta exposé à un courant d'air pendant qu'il était en sueur, dans la journée du 16 mars. Dans la soirée frisson; sueur la nuit; il but du vin chaud. Le 17, toux fréquente et humide. Le 18, troisième jour, légère douleur au-dessous du sein droit; émétique. Le quatrième jour, les crachats furent légèrement teints de sang. Cependant le malade ne s'alita point; il fit à pied un assez long trajet pour aller consulter un médecin, qui lui conseilla d'appliquer douze sangsues sur le côté droit. Cette application ne fut point faite. Entré à la Charité dans la soirée du sixième jour, il fut saigné. Dans la matinée du septième jour, il présenta l'état suivant :

Face rouge et prostrée : décubitus sur le dos; respiration précipitée; parole haletante; forte oppression; douleur par la percussion au-dessous de la mamelle droite; toux fréquente avec expectoration de crachats abondans, rouillés, réunis en une masse gélatiniforme

qui adhère au vase; son mat à droite, dans toute l'étendue à-peu-près du lobe inférieur; en arrière de ce même lobe, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, respiration bronchique, et résonnance particulière de la voix; râle muqueux en avant des deux côtés; partout ailleurs respiration très-forte et nette; pouls fréquent et dur; sueur chaque nuit; langue un peu sèche; ventre souple, constipation.

Il y avait évidemment hépatisation du lobe inférieur du poumon droit. La gêne extrême de la respiration, l'époque déjà avancée de la maladie, rendaient le pronostic très-fâcheux. Deux saignées, de douze onces chacune, furent pratiquées à une heure d'intervalle. Le sang de la première saignée, ainsi que celui tiré la veille, présenta un petit caillot en champignon, entouré d'une abondante sérosité et recouvert d'une couenne. Le sang de la seconde saignée, pratiquée comme la précédente, offrit un caillot plus large et plus mou, sans couenne, et entouré de moins de sérosité. Dans l'après-midi, deux vésicatoires furent appliqués aux jambes. (*Tisanes émollientes, lavemens laxatifs.*)

Sueur abondante le soir et la nuit. Dans la matinée du huitième jour, calme plus grand, oppression moindre, douleur pleurétique presque nulle, même aspect des crachats. En arrière et à droite, le bruit de soufflet (respiration bronchique), entendu la veille, était remplacé par un râle crépitant très-fort; son moins mat. La pneumonie semblait repasser du deuxième au premier degré. Le pouls était toujours fréquent, mais plus souple; la peau avait une douce chaleur; la langue avait perdu sa rougeur et s'était humectée. (*Vésicatoire sur le côté*

droit, sinapismes aux jambes dans la soirée, quinze grains d'ipécacuanha en trois doses, demi-looch avec deux grains de kermès.) Le malade vomit une fois, n'alla pas à la selle, et sua toute la nuit.

Le neuvième jour, il se félicitait de la grande amélioration qu'il éprouvait depuis quarante-huit heures. La respiration, bien qu'encore un peu haute et accélérée, était infiniment plus calme que les jours précédens; le malade ne sentait plus d'oppression; il parlait librement. Les crachats étaient ceux du simple catarrhe. La poitrine percutée résonnait également bien partout. En arrière et à droite, le frémissement de la respiration s'entendait d'une manière naturelle, mêlé de temps en temps à un peu de râle crépitant; le pouls n'était que médiocrement fréquent; la peau avait une douce moiteur. (*Mêmes boissons.*) Sueurs abondantes toute la journée.

Le dixième jour, la respiration était plus gênée; les crachats avaient repris de la viscosité, et le pouls une plus grande fréquence. A droite, en arrière, le râle crépitant, plus prononcé que la veille, masquait en partie le bruit d'expansion pulmonaire: ainsi il y avait eu récrudescence de l'inflammation, qui, la veille, semblait être presque entièrement résolue. (*Saignée de huit onces, deux sinapismes le soir, tisane de violette, looch simple.*) Le sang présenta un large caillot recouvert d'une couenne mince.

Le onzième jour, les symptômes de récrudescence avaient disparu, et le malade se retrouvait dans le même état que le neuvième jour. Douze grains de mercure doux, administrés pour vaincre la constipation, ne procurèrent qu'une seule selle; sueur le soir.

Le douzième jour, réapparition de la dispnée, des crachats rouillés et du râle crépitant, fièvre. (*Quinze sangsues à l'anus, boissons émollientes.*)

Treizième et quatorzième jour, nouvel amendement : respiration libre, râle crépitant à peine sensible, crachats de catarrhe, pouls de très-médiocre fréquence, sueurs la nuit.

Quinzième jour, nouvelle récrudescence, annoncée par une légère rouille des crachats, l'oppression et l'augmentation de la fréquence du pouls. (*Douze sangsues à l'anus.*) Le lendemain, ces symptômes n'existaient plus. A dater de cette époque aucune rechute n'entrava la convalescence, et le malade sortit bien portant au bout d'une douzaine de jours.

Cette observation est surtout remarquable, 1°. par la rapidité avec laquelle s'effectua, vers le septième jour, la résolution de l'hépatisation; 2°. par la fréquence des rechutes qui eurent lieu pendant la convalescence. Chacune de ces rechutes ne consista qu'en un léger retour du premier degré de l'inflammation, et chaque fois de petites émissions sanguines, en rapport avec le peu d'intensité des symptômes, firent avorter la phlegmasie renaissante.

Lorsque le malade entra à la Charité, il était déjà au septième jour de sa pneumonie; malgré cette époque avancée, trois larges saignées furent pratiquées presque coup sur coup, et peu d'heures après les jambes furent couvertes de vésicatoires. Sous l'influence de cette médication énergique, l'hépatisation pulmonaire fut rem-

placée, au bout de vingt-quatre heures, par un simple engouement. Alors, renonçant au traitement antiphlogistique, M. Lerminier eut recours à un traitement perturbateur, et, dès le lendemain, l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires était devenue presque aussi libre que dans l'état physiologique.

XVIe OBSERVATION.

Un batteur de plâtre, âgé de vingt-six ans, offrant une forte déviation latérale de la colonne vertébrale, et ayant habituellement l'haleine un peu courte, fut pris d'un violent frisson dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier 1823; puis il eut chaud, sentit une vive douleur au niveau et en dehors de la mamelle droite, et toussa sans cracher. Il but du vin chaud. Entré à la Charité le 3 janvier, il fut saigné.

Etat du 4 : Face pâle, altération des traits, dilatation des ailes du nez à chaque mouvement inspiratoire; décubitus sur le dos, impossible à droite; vive douleur au niveau et en dehors du sein droit, augmentant, par la pression intercostale, l'inspiration et la toux; respiration accélérée, haletante; parole brève, entrecoupée; toux fréquente; crachats visqueux, rouillés, transparens, ne se détachant pas du vase; son mat à droite, en arrière et latéralement, depuis le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. Dans cette même partie, râle crépitant, faible, sans mélange du bruit d'expansion pulmonaire (mélange

d'engouement et d'hépatisation). Pouls fréquent et plein, peau chaude et sèche, langue un peu rouge, soif, constipation. (*Trente sangsues au côté droit, saignée de douze onces, lavement de guimauve avec séné et sulfate de soude āā ℥ j, boissons émollientes.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse.

Cinquième jour, oppression moindre; cependant la respiration est encore courte et fréquente; les crachats, aussi visqueux, sont moins rouillés. De la sueur a eu lieu la nuit pour la première fois : on chercha à la favoriser, en donnant *douze grains de poudre de Dower en deux doses. Saignée de huit onces.* Dans la soirée il y eut un redoublement très-marqué, pendant lequel la dyspnée devint extrême. Légère sueur la nuit.

Dans la matinée du sixième jour, même état que la veille. (*Deux sinapismes aux jambes.*) Pas de sueur la nuit.

Septième jour, tout a empiré. Respiration très-gênée; crachats très-visqueux et d'un rouge intense; son très-mat dans toute la partie inférieure droite du thorax. Dans cette même partie, l'on n'entend ni râle, ni respiration bronchique ou vésiculaire. Dans le lobe supérieur droit, et dans tout le poumon gauche, le bruit respiratoire est d'une intensité remarquable; pouls très-fréquent et dur. On ne peut révoquer en doute l'existence d'une forte hépatisation d'une grande partie du poumon droit, et dès-lors le pronostic devient très-fâcheux. (*Saignée de douze onces, deux vésicatoires aux jambes.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Pas de sueur.

Huitième jour, persistance des symptômes de la veille: mais, de plus, pâleur et altération de la face; yeux ternes; pouls faible. (*Huit sangsues à l'anus, sinapismes aux*

jambes, deux tasses de décoction de polygala, tisane de violette.)

Neuvième jour, même état. (*Large vésicatoire sur le côté droit, mêmes boissons.*)

Dixième jour, amélioration évidente, sans qu'aucune sueur ait eu lieu; respiration infiniment plus libre; crachats moins rouillés et moins visqueux; retour du râle crépitant dans plusieurs points du lobe inférieur du poumon droit.

Onzième jour, le mieux va en augmentant; parole libre; la respiration, assez calme quand le malade est couché sur le dos, se précipite d'une manière remarquable dès qu'il essaie de se placer sur son séant; les crachats, peu visqueux, ont perdu leur teinte rouillée. On entend à droite en arrière, et latéralement, un râle crépitant plus fort; le son est moins mat; le pouls est peu fréquent; une légère sueur a eu lieu; les traits de la face sont relevés. Il est évident que la pneumonie repasse du deuxième au premier degré. (*Tisane de violette, décoction de polygala gommée, potion gommeuse avec addition d'une once de sirop d'ipécacuanha, huit grains de poudre de Dower, deux sinapismes le soir.*)

Douzième jour, sueurs abondantes : d'ailleurs, même état.

Treizième jour, râle crépitant très-fort dans le poumon droit; sonoréité toujours moins grande de ce côté; respiration calme, quand le malade est immobile; essoufflement remarquable dès qu'il se remue; légère sueur; pouls peu fréquent. (*Quatre grains de kermès dans la potion gommeuse, au lieu du sirop d'ipécacuanha.*)

Quatorzième jour, diarrhée. (*Suppression du kermès et de la poudre de Dower.*)

Les jours suivans, le râle crépitant cesse peu à peu de se faire entendre; la respiration revient à son état naturel; la sonoréité des parois thorachiques devient égale des deux côtés; le pouls perd tout-à-fait sa fréquence, l'appétit renaît, les forces se rétablissent, et le malade quitte l'hôpital dans les premiers jours du mois de février.

Lorsque ce malade entra à l'hôpital, le son mat, la faiblesse du râle qu'on entendait, et en même temps l'absence de tout bruit d'expansion pulmonaire, la grande viscosité des crachats, annonçaient évidemment une inflammation au deuxième degré. L'extrême dyspnée qui existait rendait le pronostic fort grave. Les deux jours suivans, malgré les saignées pratiquées, l'hépatisation sembla rester stationnaire, bien que l'oppression fût devenue moindre. Cette diminution de la dyspnée, sans diminution correspondante de la phlegmasie, semblait être un effet mécanique des déplétions sanguines. C'est ainsi que, dans les cas d'anévrysmes du cœur, une abondante saignée diminue l'oppression, bien qu'elle ne change pas l'état organique.

Le septième jour, le râle crépitant très-faible qui existait du côté droit, cessa de se faire entendre; le bruit d'expansion pulmonaire ne le remplaça pas; mais nous n'entendîmes pas non plus de respiration bronchique; l'oreille, appliquée sur la poitrine, sentait les parois thorachiques se soulever sans qu'aucun son fût perçu. Ainsi, la *respiration bronchique*, que dans les cas pré-

cédens nous avions vu constamment accompagner l'hépatisation, n'en est pas un symptôme nécessaire; elle peut manquer, soit à raison du degré de l'hépatisation, soit à raison du rapport des grosses bronches avec le siége de l'hépatisation. D'abondantes saignées furent pratiquées, tant qu'il y eut une forte réaction; plus tard, on n'employa que les sangsues; on insista surtout sur les révulsifs, et on donna des boissons légèrement toniques. (*Décoction de polygala.*) Une amélioration bien tranchée suivit immédiatement l'application d'un large vésicatoire sur le côté malade. Autant cette application fut avantageuse, autant elle eût été nuisible si elle avait été faite à une époque moins avancée de la pneumonie. Du râle crépitant continua à se faire entendre assez long-temps après que tous les autres symptômes morbides avaient disparu; la phlegmasie pulmonaire n'était donc pas encore complètement résolue. Nous revenons souvent sur ce point, parce qu'il est de la plus haute importance. Tant que ce râle persista, le malade, dont la respiration paraissait libre lorsqu'il restait couché et immobile, ne pouvait se lever sans éprouver de la dyspnée. C'est surtout par cette différence remarquable dans la liberté de la respiration chez un individu en repos ou en mouvement, que Stoll découvrait l'existence des pneumonies latentes, dont le diagnostic devait être si obscur à une époque où l'on ne pratiquait pas encore la percussion, et où l'auscultation n'était pas connue.

XVII° OBSERVATION.

Un portier, âgé de cinquante-trois ans, ayant passé dans sa loge la journée du 17 décembre, ressent tout-à-coup dans la soirée une vive douleur à la partie antérieure droite de la poitrine, depuis la troisième jusqu'à la septième ou huitième côte. Cette douleur augmentait cruellement à chaque mouvement inspiratoire ; elle persista toute la nuit. — Le 17 et le 18, des serviettes chaudes, des cataplasmes émolliens, ne la diminuèrent pas. Le malade toussait souvent sans cracher.—Le 19, il ressentit pour la première fois, dans l'après-midi, un violent frisson qui fut suivi d'une forte chaleur sans sueur. — Le 20, douleur moindre; toux fréquente et sèche. — Le 21, même état. — Le 22, crachats teints de sang. Entré ce jour-là à la Charité, le malade est le 23 dans l'état suivant :

Face pâle; mouvemens libres; décubitus possible seulement sur le dos ou sur le côté droit; toux presque continuelle, crachats réunis en une masse transparente et jaunâtre, se détachant du vase lorsqu'on l'incline. Douleur ne se faisant sentir que dans la toux et les grandes inspirations. Le malade ne sent pas sa respiration gênée, bien qu'elle soit courte et fréquente. La percussion fait reconnaître une sonoréité un peu moins grande dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule droite. Dans cette même étendue, l'on entend du râle crépitant; partout ailleurs la respiration

est nette, mais forte; pouls fréquent et assez plein soif, anorexie, ventre indolent; constipation.

D'après l'ensemble de ces symptômes, on ne pouvait méconnaître l'existence d'une inflammation du sommet du poumon droit, avec phlegmasie de la plèvre correspondante. La pleurésie semblait avoir existé seule pendant deux jours, et ne s'être compliquée de pneumonie que vers la fin du troisième jour, lors de l'apparition du frisson. Cette pneumonie paraissait être d'ailleurs dans le passage du premier au deuxième degré. (*Saignée de seize onces, boissons et lavemens émolliens.*) Le sang présenta une couenne épaisse, à bords relevés.

Le lendemain 24, la douleur avait entièrement disparu. Les mouvemens inspiratoires étaient moins rapprochés; la toux était plus rare; les crachats avaient perdu leur teinte rouillée, ils étaient à peine visqueux. La percussion et l'auscultation donnaient les mêmes renseignemens. Cependant les traits du malade exprimaient l'abattement; le pouls était fréquent et faible, la peau peu chaude. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 25, réapparition d'une forte dyspnée, crachats très-rouillés et très-visqueux, son très-mat sous la clavicule droite, râle muqueux dans ce même point. L'inflammation avait pris évidemment un nouveau degré d'activité; le son très-mat indiquait l'hépatisation; le râle muqueux, résultat de l'accumulation d'une grande quantité de mucosités dans les bronches, s'opposait à ce qu'on reconnût par l'auscultation l'état du parenchyme pulmonaire. (*Saignée de huit onces.*) Le sang se montra aussi couenneux que celui de la première saignée.

26, respiration plus libre; crachats moins rouillés et

moins visqueux, son aussi mat, persistance du râle muqueux, pouls médiocrement fréquent, sueur. (*Tisanes émollientes.*)

27 et 28, amélioration de plus en plus grande, sueurs.

29, crachats de simple catarrhe; son encore un peu mat sous la clavicule droite : on n'entend autre chose dans cette partie que du râle muqueux. Le pouls était à peine fébrile. Le malade ne sentait aucune oppression; cependant il ne pouvait pas faire encore de profondes inspirations, et il était légèrement haletant dès qu'il se remuait. (*Décoction de racine de polygala, qui est continuée les jours suivans.*)

Jusqu'au 5 janvier, la sonoréité de la poitrine se rétablit; le râle muqueux fit place au bruit naturel de la respiration, à mesure que les crachats furent expectorés moins abondamment. Les profondes inspirations devinrent possibles, la toux cessa, et la santé était parfaitement rétablie vers le 10 janvier.

Nous avons déjà fait ressortir, dans le cours de cette observation, les circonstances qui la rendent surtout remarquable. Elle diffère particulièrement des précédentes, en ce qu'ici l'auscultation ne fut que d'un secours très-secondaire pour indiquer l'état du parenchyme pulmonaire. L'on entendit d'abord, à la vérité, du râle crépitant; mais, après l'espèce de rechute du 25, le mélange d'air et d'abondantes mucosités dans les bronches du lobe supérieur du poumon droit donna lieu à un râle qui masquait tous les autres bruits : cette circonstance est loin d'être rare, et plusieurs fois elle nous

a empêchés de tirer parti de l'auscultation pour établir le diagnostic de la pneumonie. Avant le 25, l'engouement inflammatoire parut prédominer de beaucoup sur l'hépatisation; celle-ci devint, au contraire, beaucoup plus prononcée du 25 au 28, ainsi que le prouva la grande matité du son. Ici encore, la disparition des différens symptômes rationnels de la pneumonie précéda celle de l'hépatisation : celle-ci semblait exister encore à un haut degré, lorsque déjà il n'y avait plus ni fièvre, ni crachats caractéristiques, ni dyspnée sensible dans le repos et dans les inspirations ordinaires.

Les deux émissions sanguines, et surtout la seconde, furent pratiquées, dans ce cas, à une époque déjà avancée de la maladie. Il n'y a pas encore longtemps que l'ancienneté plus ou moins grande de la phlegmasie pulmonaire guidait surtout les praticiens dans l'emploi des saignées. Pringle, qui est sans contredit une grande autorité médicale, avait établi en principe général, que dans la pneumonie il faut s'abstenir de saigner après le cinquième jour. L'observation de ce précepte a dû faire de nombreuses victimes; elle eût peut-être causé la mort du malade dont il s'agit ici. Stoll prouva, l'un des premiers, que, pour pratiquer la saignée dans les phlegmasies pulmonaires, il faut moins avoir égard à l'époque de la maladie qu'à la nature des symptômes; l'état de la respiration doit particulièrement nous guider. Une forte dyspnée réclame beaucoup plus impérieusement une émission sanguine, que ne la contre-indique la faiblesse du pouls. Combien de fois, en effet, ne voit-on pas le pouls, petit et misérable avant la saignée, se relever tout-à-coup, lorsqu'à la suite d'une large émission san-

guine la respiration est redevenue plus libre! Souvent aussi, après une copieuse perte de sang, on voit la peau, sèche jusqu'alors, se couvrir d'une sueur abondante et salutaire. Cependant, quel que soit, dans la pneumonie, l'avantage des saignées copieuses et répétées, il ne faut pas oublier que, poussé trop loin et continué trop long-temps, le traitement antiphlogistique peut avoir de graves inconvéniens. Lorsque l'inflammation tend à passer à l'état chronique, les révulsifs de la peau, de légers stimulans donnés à l'intérieur, en favorisent singulièrement la résolution : c'est ce qu'ont prouvé plusieurs des observations précédentes.

XVIIIe OBSERVATION.

Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, était atteinte, depuis six semaines environ, d'une bronchite légère. Vers le 15 janvier, la toux devint plus fréquente et plus pénible. Le 18, dans la matinée, douleur vive au-dessous de la mamelle droite, oppression, toux presque continuelle et sèche, sensation de chaleur brûlante sans frisson initial. 19 et 20, même état : la malade boit du vin chaud avec addition de sucre et de cannelle. 21, diminution de la douleur, un peu de sang dans les crachats; 22, oppression de plus en plus grande; vomissement du vin chaud, auquel la malade renonce. Entrée à la Charité dans la soirée du 23, elle fut sur-le-champ saignée; le sang était couenneux. Le 24 (sixième jour, à dater de l'apparition de la douleur), elle offrit l'état suivant :

Mouvemens inspiratoires courts et très-rapprochés,

parole haletante, toux peu fréquente; crachats rouillés, réunis en une masse gélatiniforme et transparente, qui adhère fortement au vase; son mat à droite, en avant, depuis la clavicule jusqu'au niveau de la mamelle, et en arrière dans les fosses sous et sus-épineuses. Appliquée au-dessous de la clavicule droite, l'oreille entend un râle crépitant, faible, sans bruit d'expansion pulmonaire; en arrière et sous l'aisselle, respiration bronchique : partout ailleurs, bruit d'expansion pulmonaire très-fort, avec mélange des râles muqueux et sibilant (râles bronchiques) en plusieurs points; douleur pleurétique, ne se faisant sentir que par la percussion, la pression intercostale et la toux; pouls fréquent et faible, peau chaude, constamment sèche; langue sèche, un peu rouge; ventre indolent et souple, diarrhée légère, face jaune et abattue, décubitus sur le dos. Malgré l'époque avancée de la maladie et la faiblesse du pouls, M. Lerminier prescrivit une saignée de douze onces. Immédiatement après la saignée, il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes.

Septième jour, la dyspnée est encore plus grande que la veille; d'ailleurs même état. (*Saignée de huit onces; sinapismes le soir.*)

Huitième jour, la gêne de la respiration est extrême; la malade n'expectore plus. On entend, dans toute l'étendue de la poitrine, du râle muqueux, résultat de l'accumulation de la matière des crachats dans les bronches; le pouls très-fréquent se déprime avec une extrême facilité, la peau est sans chaleur. (*Vésicatoire sur la partie antérieure du thorax; décoction de polygala; looch avec deux grains de kermès.*)

Neuvième jour, râle trachéal; altération profonde des traits de la face: pouls très-faible, intermittent; extrémités froides; langue rouge et sèche. Mort la nuit suivante.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon droit; son tissu, très-facilement déchirable et comme granuleux, se précipite au fond de l'eau. Les autres parties du parenchyme pulmonaire présentent un engouement séro-sanguinolent, qui semble s'être fait pendant l'agonie. Les bronches sont généralement rouges et remplies de liquide. Des concrétions albumineuses membraniformes recouvrent les plèvres pulmonaire et costale; elles n'ont encore contracté aucune adhérence. Le cœur contient un sang noir, en partie coagulé. La muqueuse gastrique présente dans le grand cul-de-sac une vive injection avec léger ramollissement de son tissu. La fin de l'intestin grêle et le cæcum sont également injectés.

L'ouverture du cadavre ne laisse ici aucun doute sur la corrélation que nous avons établie dans les précédentes observations, entre l'état du poumon d'une part, et, d'autre part, entre les signes fournis par l'auscultation, la percussion et les crachats. Les signes donnés par l'auscultation étaient très-caractéristiques la première fois que nous vîmes le malade; les jours suivans, ils n'eurent plus de valeur, à cause du râle des bronches, qui ne permit plus de rien distinguer.

Lorsque cette femme entra à la Charité, elle était sans

doute dans un état très-fâcheux; toutefois elle ne nous parut pas plus gravement affectée que plusieurs des précédens malades, qui guérirent parfaitement. Des saignées furent pratiquées, la maladie étant aussi avancée, l'état du poumon paraissant être le même, la faiblesse du pouls étant aussi grande. Chez eux, après la la saignée, l'inflammation rétrograda, le pouls se développa, les forces se relevèrent. Ici, au contraire, les saignées furent infructueuses; les vésicatoires, les stimulans internes ne furent pas plus avantageux. Placée dans les mêmes conditions, soumise au même mode de traitement, pourquoi cette femme ne fut-elle pas aussi rappelée à la santé? C'est une question sans solution dans l'état actuel de la science. Répétons ici avec Hippocrate : *in acutis morbis non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.*

Nous trouvons ici, pour la première fois, un exemple de suppression des crachats; circonstance ordinairement très-fâcheuse, et indice presque constant d'une terminaison fatale. La matière accumulée dans les bronches devient une cause puissante d'asphyxie, chez des individus dont une partie plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire est déjà imperméable à l'air.

XIXe OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de cinquante-huit ans, entra le 9 mars à la Charité. Depuis trois jours il avait une vive douleur au-dessous du sein gauche, respirait difficilement et toussait sans cracher. Lorsque nous le vîmes

pour la première fois (le 9 mars), un fort râle crépitant s'entendait dans toute l'étendue à-peu-près du lobe inférieur du poumon gauche; dans cette même partie, la poitrine percutée résonnait moins qu'à droite. Le malade, tourmenté du besoin de tousser, n'osait s'y livrer de peur d'augmenter sa douleur. Les crachats, visqueux et transparens, ne contenaient encore que quelques stries de sang; la dyspnée était peu considérable; pouls fréquent et plein; peau chaude et sèche; langue blanchâtre; soif. (*Vingt sangsues sur le côté gauche. Saignée de seize onces. Tisanes émollientes.*) Le sang, sorti de la veine en bavant, ne présenta pas de couenne.

10 (quatrième jour), augmentation de la dyspnée; crachats plus rouillés et très-visqueux; râle crépitant, faible, sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche; râle crépitant, peu intense, se mêlant par intervalles au bruit naturel de la respiration dans le lobe supérieur de ce même côté; son décidément mat, depuis l'angle inférieur de l'omoplate gauche jusqu'à la base du thorax. Ainsi l'inflammation passait au deuxième degré dans le lobe inférieur, et le supérieur commençait à présenter le premier degré en quelques points. Le malade avait encore beaucoup de force. M. Lerminier prescrivit deux saignées, une immédiatement de vingt onces, et l'autre le soir de douze onces. Toutes deux, faites à large ouverture, présentèrent une couenne épaisse.

Cinquième jour, même état. (*Tisanes émollientes.*)

Sixième jour, dyspnée extrême, crachats très-visqueux et d'un rouge vif, respiration bronchique et résonnance particulière de la voix au niveau de l'angle inférieur de

l'omoplate gauche, son très-mat dans ce même point. En avant de ce côté, depuis la clavicule jusqu'au sein, latéralement dans le creux de l'aisselle, et en arrière immédiatement, au-dessus et au-dessous de l'épine de l'omoplate, râle crépitant assez fort, avec faible mélange du bruit d'expansion pulmonaire. Le pouls conserve encore assez de force, la peau reste sèche. Cette inflammation était encore à son plus haut degré d'acuité; et bien que les émissions sanguines pratiquées jusqu'alors eussent paru peu utiles, ce n'était cependant qu'en tirant encore du sang qu'on pouvait espérer d'en arrêter les progrès. (*Saignée de seize onces.*) Sang très-couenneux.

Septième jour, l'oreille appliquée sur les points où existait la veille la respiration bronchique, n'entendait plus rien; ce qui nous parut indiquer que l'hépatisation avait encore augmenté. Les autres symptômes étaient d'ailleurs les mêmes. (*Saignée de huit onces, deux vésicatoires aux jambes.*) Le soir et la nuit, le malade délira.

Huitième jour, retour du point pleurétique; crachats très-peu abondans, d'un gris sale; altération des traits de la face, pouls très-fréquent et se déprimant facilement; peau sans chaleur, diarrhée. (*Vésicatoire sur le côté gauche, décoction de polygala, looch avec trois grains de kermès.*) — Le soir et la nuit, retour du délire.

Neuvième jour, état de suffocation imminente, suppression des crachats. Râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine. (*Deux sinapismes aux genoux.*)

Dixième jour, râle trachéal, agonie. Mort peu d'heures après la visite.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche, engouement sanguinolent du lobe supérieur; concrétions albumineuses membraniformes sur les plèvres costale et pulmonaire de ce côté; épanchement dans la plèvre d'un verre de sérosité roussâtre. — Cavités droites du cœur distendues par des caillots de sang. — Injection sous-muqueuse du canal intestinal. Rougeur de la muqueuse elle-même, à la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum.

L'on put chez ce malade suivre véritablement jour par jour l'altération croissante du parenchyme pulmonaire. D'abord la phlegmasie n'existait que dans le lobe inférieur. On entendit d'abord dans ce lobe un râle crépitant faible, sans bruit d'expansion pulmonaire; à cette même époque, le son était mat et les crachats très-visqueux. L'existence d'un commencement d'hépatisation n'était pas alors douteuse. Plus tard, toujours dans cette même partie, se manifesta la respiration bronchique, et plus tard encore, aucune sorte de son n'y fut plus perçue; alors on pouvait affirmer que l'hépatisation était complète et très-étendue. — Dans le lobe supérieur, l'engouement de plus en plus grand, mais qui n'arriva point à l'hépatisation, fut annoncé par le râle crépitant. Ce râle ne cessa jamais de s'y faire entendre; il devint chaque jour plus prononcé en raison directe de la diminution du bruit d'expansion pulmonaire. Enfin, il arriva une époque où l'accumulation d'une grande quantité de li-

quides dans les bronches donna naissance à un râle muqueux très-fort, qui ne permit plus de reconnaître par l'auscultation l'état du parenchyme pulmonaire.

Nous noterons, chez ce malade ainsi que chez le précédent, la constante sécheresse de la peau; circonstance toujours défavorable dans les phlegmasies du poumon. Nous ferons remarquer aussi le nombre, l'abondance des émissions sanguines, d'abord employées seules et ensuite concurremment avec les révulsifs. Enfin il arriva une époque où ces derniers moyens purent seuls être mis en usage. Nous avons essayé de faire ressortir ces différentes périodes dans le cours de l'observation.

XXe OBSERVATION.

Un nourrisseur, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution robuste, était déjà enrhum depuis quelque temps, lorsque le 15 janvier il fut pris d'un grand frisson suivi d'une chaleur brûlante sans sueur. En même temps, augmentation de la toux, dyspnée. Dès le lendemain, crachats teints de sang. Le 17, il est saigné; le 18, il entre à la Charité, et présente l'état suivant.

Respiration courte, accélérée, mais paraissant peu gênée au malade; râle crépitant en dehors, et au niveau du téton droit, s'entendant aussi en arrière dans la partie inférieure de la fosse sous-épineuse; pas de diminution notable de la sonoréité des parois thorachiques; toux fréquente; crachats d'un jaune de safran, médiocrement visqueux; pouls fréquent et plein; peau chaude et sèche. Cet ensemble de symptômes annonçait une inflamma-

tion peu étendue et n'étant encore qu'au premier degré. (*Saignée de seize onces; tisanes émollientes.*)

19, même état. (*Saignée de huit onces.*) Du 19 au 22, la phlegmasie parut marcher peu-à-peu vers la résolution. Chaque nuit, des sueurs abondantes eurent lieu; elles furent surtout très-copieuses dans la nuit du 21 au 22 (du septième au huitième jour). On ne fit pendant tout ce temps qu'une médecine expectante. Le huitième jour, la respiration était libre, l'expectoration catarrhale, le pouls sans fréquence; mais l'on entendait encore un peu de râle crépitant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Ainsi il existait encore un reste d'engorgement, qui exigeait quelque temps de soins et de régime. Le 23, ce râle a persisté. Le 24, le malade, qui se croyait complètement guéri, va dans les cours de l'hôpital, et se refroidit. Le lendemain 25, retour de la dyspnée et des crachats rouillés; râle crépitant très-fort dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit; fièvre intense. (*Saignée de vingt onces.*) Dans la journée, la gêne de la respiration augmente de plus en plus. Les crachats ne sont rendus qu'avec difficulté.

Le 26, face livide, semblable à celle d'un asphyxié; râle crépitant, très-faible, sans autre bruit, et son mat dans l'étendue du lobe inférieur; respiration haletante, pouls très-fréquent. (*Deux saignées dans la journée, de douze onces chacune.*)

27, agonie; mort dans l'après-midi.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit.

aucune trace de pleurésie; cœur plein de sang noir et coagulé; foie et intestins gorgés de sang.

On voit ici un exemple frappant des dangers d'un écart de régime avant la résolution complète d'une pneumonie. D'abord, cette inflammation avait été très-bénigne; elle n'avait pas dépassé le premier degré. Après une durée de huit jours tous les symptômes rationnels avaient disparu; il ne restait plus qu'un peu d'engouement, qui semblait devoir bientôt disparaître. C'est alors qu'une imprudence est commise : le malade s'expose à l'action du froid. La phlegmasie pulmonaire reprend tout-à-coup un nouveau degré d'activité; en quelques heures elle passe du premier au deuxième degré. Dans l'espace de deux jours l'hépatisation envahit la totalité du lobe inférieur du poumon droit, et le malade succombe dans un véritable état d'asphyxie.

L'autopsie ne découvrit aucune trace d'inflammation de la plèvre : le malade n'avait jamais ressenti aucun point de côté.

XXIe OBSERVATION.

Une culottière, âgée de quarante-sept ans, assez faiblement constituée, entra à la Charité le 2 juin 1822. Elle éprouvait, depuis cinq à six jours, tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie : douleur en dehors et au niveau de la mamelle droite; toux sèche d'abord, puis accompagnée de crachats sanguinolens; oppression,

fièvre. Le troisième jour, une vingtaine de sangsues furent appliquées sur le côté douloureux. Entrée à l'hôpital vers le cinquième ou sixième jour, cette femme offrait tous les signes des deux premiers degrés de la pneumonie : son mat, et râle crépitant faible, sans bruit d'expansion pulmonaire, dans toute l'étendue à-peu-près des lobes inférieur et moyen du poumon droit; râle crépitant très-prononcé au-dessous de la clavicule et dans la fosse sus-épineuse de ce côté, avec bruit d'expansion pulmonaire; crachats jaunes, transparens, tellement visqueux, qu'en renversant le vase et le secouant fortement on ne les en détache pas; respiration courte, accélérée, paraissant toutefois peu gênée à la malade; disparition presque complète de la douleur pleurétique, pouls fréquent et faible, peau chaude et sèche; diarrhée légère, sans autre signe d'inflammation intestinale. (*Saignée de seize onces, tisanes émollientes.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse, surmontant un large caillot avec peu de sérosité.

3 juin : son un peu mat sous la clavicule droite; dans ce même point, râle crépitant faible, sans bruit d'expansion pulmonaire; dyspnée plus grande. D'ailleurs, même état. (*Saignée de douze onces, et dans la soirée deux vésicatoires aux jambes.*)

4, son plus mat et respiration bronchique sous la clavicule droite. Ailleurs, de ce côté, son très-mat : on n'y entend ni râle, ni respiration. Pouls très-fréquent, petit, sans beaucoup de chaleur à la peau.

5, suppression des crachats, râle muqueux dans tout le côté droit, dyspnée extrême. (*Vésicatoire sur la poitrine.*) Dans la journée, délire, sueurs froides,

dyspnée de plus en plus grande. Mort dans la nuit (vers le neuvième ou le dixième jour).

Ouverture du cadavre.

Hépatisation rouge des trois lobes du poumon droit ; quelques minces concrétions albumineuses s'étendant, sous forme de filamens, de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire du côté droit ; cavités droites du cœur fortement distendues par un sang noir coagulé ; substance cérébrale parsemée d'un grand nombre de points rouges ; rougeur, par plaques, de la muqueuse du gros intestin.

C'est le premier exemple que nous voyons de l'hépatisation de la totalité d'un poumon. Lorsque la malade entra à la Charité, les signes fournis par l'auscultation et par la percussion annoncèrent l'existence de cette hépatisation, non encore complète, dans les lobes moyen et inférieur ; le lobe supérieur n'était encore qu'engoué : les jours suivans il s'hépatisa rapidement ; mais dans ce lobe l'hépatisation fut annoncée par la *respiration bronchique;* tandis que, dans les autres lobes dont l'altération semblait cependant être la même, ce bruit caractéristique ne se fit point entendre. Nous croyons devoir noter avec soin ces différences de signes que donnent des lésions identiques, afin que l'on s'accoutume bien à reconnaître ces lésions, quelles que soient les nuances des signes qui les annoncent. Reviendrons-nous encore sur la grande viscosité des crachats, en rapport avec le degré de l'inflammation ? sur la dyspnée, qui, très-considé-

rable dès l'époque de l'entrée du malade, et ayant fait ensuite de continuels progrès, annonçait une fâcheuse terminaison, que devait faire prévoir aussi l'étendue de la phlegmasie ?

XXIIe OBSERVATION.

Un marchand de marrons, âgé de trente-trois ans, entra à l'hôpital de la Charité le 18 décembre 1822. Cet homme, d'une constitution pléthorique, éprouvait depuis quelque temps de fréquentes céphalalgies, des étourdissemens passagers, des épistaxis. Le 16 décembre il sentit, en se levant, un malaise inaccoutumé ; dans la journée, violente céphalalgie, tintemens d'oreille, sentiment d'ardeur dans tout le corps. Pédiluve, diète. 17. Même état, alitement. 18, Il présenta l'état suivant : face rouge, yeux injectés et brillans, battemens des artères temporales sentis par le malade, céphalalgie frontale, accablement général, sorte d'engourdissement des facultés intellectuelles ; pouls fréquent et plein, peau chaude et halitueuse ; langue blanchâtre avec légère rougeur des bords ; soif, anorexie, ventre souple et indolent, constipation, urines rares et rouges, toux légère. En examinant attentivement ce malade, nous ne pûmes rapporter à la souffrance d'aucun organe en particulier les symptômes que nous observions ; tous les organes semblaient être simultanément le siége d'une vive stimulation, sans qu'il existât nulle part une véritable phlegmasie. Cet état paraissait être comme un degré de plus de l'état de pléthore ; pour donner un nom à cet

ensemble de symptômes, nous l'appelâmes fièvre inflammatoire. Une saignée de vingt onces fut pratiquée.—Le sang présenta un large caillot d'une densité remarquable, sans couenne. Après la saignée, la céphalalgie diminua; les autres symptômes persistèrent.

19 et 20. Augmentation de la toux, qui revient par quintes fréquentes, et ressemble assez à la toux qui précède la rougeole. D'ailleurs même état. (*Tisanes émollientes, pédiluve, diète.*)

Dans la nuit du 20 au 21, le malade fut réveillé par une vive douleur qui, se faisant surtout sentir entre le sein droit et le sternum, s'étendait de là comme en irradiant jusque dans le creux de l'aisselle. Cette douleur devenait intolérable par les inspirations profondes et le plus léger mouvement. — Dans la matinée du 21, elle était aussi intense; le malade, pressé du besoin continuel de tousser, n'osait le satisfaire. Il n'expectorait pas; la respiration était courte, accélérée; la percussion était impossible à pratiquer; le murmure inspiratoire s'entendait partout avec netteté. La fièvre était intense. (*Trente sangsues sur le côté droit du thorax.*) — 22, diminution de la douleur, léger râle crépitant au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit. Dyspnée plus grande, fréquence et plénitude du pouls. (*Saignée de douze onces.*)

23. Crachats rouillés, transparens, visqueux; respiration de plus en plus gênée, râle crépitant à droite dans toute l'étendue environ du lobe inférieur, et à gauche au-dessous de la clavicule, ainsi qu'immédiatement au-dessus et au-dessous de l'épine de l'omoplate. Sonoréité un peu moindre sous la clavicule gauche que

sous la droite. Le sang tiré la veille présente un large caillot couvert d'une couenne épaisse. M. Lerminier prescrivit une nouvelle saignée de seize onces. — Le sang était couenneux comme celui de la précédente saignée.

24 et 25, le râle crépitant devient de plus en plus prononcé dans les points déjà indiqués, et dans ces mêmes points le bruit d'expansion pulmonaire diminue à proportion. La *matité* du son augmente également. Les crachats acquièrent une très-forte viscosité, la respiration s'accélère de plus en plus. Le malade, couché sur le dos, ne peut se remuer ou se placer sur l'un des côtés, sans se sentir suffoqué. Le pouls, toujours très-fréquent, se déprime plus facilement : la peau est chaude et sèche. 24 (*deux saignées de douze onces chaque*) ; toutes deux offrent une couenne. 25 (*Saignée de six onces, deux vésicatoires aux jambes.*)

26. A droite et à gauche, disparition du râle crépitant, que remplace sous la clavicule gauche la respiration bronchique avec forte résonnance de la voix, et à droite inférieurement un râle muqueux tellement considérable, qu'il rappelle le gargouillement des excavations tuberculeuses. Des deux côtés le son est très-mat. L'oppression est extrême : les crachats, peu abondans et difficilement expectorés, ont l'aspect d'une purée épaisse, opaque, d'un gris rougeâtre sale, adhérant fortement au vase. Pouls fréquent et faible ; peau chaude et sèche. Teinte jaune de la face. (*Deux vésicatoires aux cuisses; looch avec deux grains de kermès.*)

27. Râle muqueux des deux côtés; d'ailleurs même état. — 28. Suppression totale des crachats, dyspnée

extrême, traits effilés et décomposés, extrémités froides. — Mort la nuit suivante.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit et du lobe supérieur du poumon gauche. Concrétions albumineuses de récente formation sur les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. — Cavités droites du cœur distendues par du sang noir coagulé. Injection veineuse de la membrane muqueuse gastro-intestinale; foie et rate gorgés de sang.

On trouve dans cette observation l'exemple d'une double pneumonie au deuxième degré, avec pleurésie à droite seulement. Le début de cette maladie est digne de remarque. Il n'y eut d'abord qu'une affection générale, une sorte d'exagération de l'état pléthorique, une fièvre inflammatoire. Dans cet état, aucun organe n'était réellement enflammé; mais tous semblaient être dans l'imminence de l'inflammation, comme s'ils y étaient tous disposés par le sang trop riche, trop stimulant, qui leur apportait l'excitation et la vie. L'émission sanguine pratiquée à cette époque fut sans influence, et bientôt la maladie localisée devint une pleuro-pneumonie des plus graves, dont un traitement antiphlogistique très-actif ne put arrêter les funestes progrès. Cette observation prouve ce que nous avons déjà établi dans notre première partie, savoir, que toutes les maladies ne sont pas primitivement locales, qu'un mouvement fébrile peut

exister, indépendamment d'une affection locale ; que les inflammations elles-mêmes peuvent être précédées d'un état inflammatoire général, dont la phlegmasie qui survient ensuite n'est en quelque sorte que la localisation.

Le sang tiré avant l'apparition des symptômes de pleuro-pneumonie était sans couenne. Celle-ci parut dès que la phlegmasie pulmonaire exista.

Les crachats, avant de se supprimer complètement, changèrent d'aspect. Ils devinrent opaques, d'un gris rougeâtre, sale, et comme plaqués au fond du vase. On doit toujours tirer un mauvais augure de l'apparition de cette espèce de crachats qui ont une grande analogie avec les crachats grisâtres qui se forment souvent dans les excavations tuberculeuses.

La peau resta constamment sèche, et cette circonstance ajouta encore à la gravité du pronostic.

Quant aux signes fournis par l'auscultation et la percussion, ils indiquèrent avec une grande précision la nature, le siége et l'étendue de l'altération pulmonaire.

§. III. *Pleuro-pneumonies au troisième degré. (Hépatisation grise, ou suppuration du poumon.)*

XXIIIe OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de soixante-sept ans, entra à l'hôpital le 6 mai 1821. Pendant la dernière quinzaine d'avril il avait été enrhumé. Le 1er mai, il sentit vers le creux

de l'aisselle droite une légère douleur ; en même temps frisson, toux plus fréquente et plus pénible. Le 2 mai, la douleur n'existe plus, mais la respiration est gênée. Le 3, sang dans les crachats. Du 3 au 6 mai, dyspnée de plus en plus grande ; le malade boit chaque jour plusieurs tasses de bouillon avec du vin ; il ne subit d'autre traitement que l'application d'un vésicatoire sur la poitrine. Le 6, il présente l'état suivant : Face jaune et altérée ; respiration courte, accélérée ; parole haletante ; son très-mat dans l'espace compris entre la clavicule droite et le sein, ainsi que dans le creux de l'aisselle du même côté. Dans cette même étendue on n'entend ni respiration, ni râle ; plus bas existe un râle qui se rapproche plus du muqueux que du crépitant ; ailleurs, respiration nette et très-forte ; crachats semblables à une épaisse solution de gomme arabique colorée en rouge brunâtre. D'après ces crachats, M. Lerminier annonça l'existence d'une pneumonie au troisième degré, avec infiltration purulente du parenchyme. Le pouls était fréquent et faible, la peau chaude et sèche. (*Deux vésicatoires aux cuisses, décoction de polygala.*) — Mort le lendemain.

Ouverture du cadavre.

Les lobes supérieur et moyen du poumon droit étaient denses, compactes, et ne surnageaient point à l'eau. Incisés, ils présentaient un mélange de plaques rouges et grisâtres, inégalement distribuées dans l'épaisseur de ces lobes ; là où existaient les premières, le tissu pulmonaire était en hépatisation rouge ; là où existaient les secondes,

le parenchyme du poumon se réduisait par une légère pression en une pulpe d'un gris sale, d'où s'écoulait en grande quantité un liquide de même nature. Ce liquide paraissait spécialement sortir d'une foule de petites bronches, pour ainsi dire capillaires. Le lobe inférieur n'était que médiocrement crépitant; il surnageait encore à l'eau; de son tissu, un peu plus facilement déchirable que dans l'état physiologique, s'écoulait une grande quantité de sérosité sanguinolente. Le poumon gauche était sain, légèrement engoué postérieurement. Rien de remarquable dans les autres viscères.

Cette observation, incomplète sous beaucoup de rapports à cause de l'époque avancée à laquelle nous vîmes le malade, n'est pourtant pas sans intérêt. Elle nous montre réunis dans un même poumon les trois degrés de l'inflammation, depuis le simple engouement jusqu'à l'infiltration purulente. En moins de six jours, l'inflammation pulmonaire, mal traitée, se termina par suppuration. Ce n'est pas le seul exemple que nous donnerons d'une marche aussi rapide.

La nature des crachats doit fixer notre attention. A un très-petit nombre d'exceptions près, que nous signalerons par la suite (*Voyez* le Résumé), ces crachats caractérisent le troisième degré de la pneumonie d'une manière aussi sûre que les crachats rouillés et visqueux, dont nous avons jusqu'à présent parlé, caractérisent le premier et le deuxième degré.

L'engouement inflammatoire de la base du poumon ne fut véritablement annoncé par aucun signe; la sono-

réité des parois thorachiques correspondantes n'était pas diminuée; et quant au râle qu'on entendait dans cette partie, il n'était rien moins que caractéristique, il pouvait uniquement dépendre du mélange de l'air et des crachats dans les bronches.

XXIVe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de trente-neuf ans, ressent le 9 avril 1821 un violent frisson, suivi d'une forte chaleur; en même temps point de côté à droite, au-dessous du sein; toux fréquente et humide. Ces symptômes continuent les deux jours suivans. Il est saigné dans la soirée du troisième jour. Dans la matinée du quatrième jour, époque de l'entrée du malade à la Charité, il présente l'état suivant :

Face pâle, forces assez bien conservées, fonctions intellectuelles et sensoriales intactes, inspirations courtes et rapprochées; son mat à la partie antérieure droite de la poitrine, entre la clavicule et le sein; absence de toute espèce de bruit respiratoire et de râle dans cette même partie; râle muqueux très-fort dans toute l'étendue à-peu-près du lobe inférieur de ce même poumon. Le malade assure qu'il ne sent pas sa respiration gênée; cependant il lui est impossible de faire une inspiration profonde : crachats transparens et fortement rouillés, réunis en une masse gélatiniforme qui ne se détache point du vase; pouls développé, fréquent; langue blanche et humide, pas de selle. (*Saignée de douze onces. boissons émollientes.*)

Cinquième jour : l'état du malade est à-peu-près le même; mais l'expectoration a changé de caractère : elle est formée par un liquide brunâtre, qui s'écoule en nappe lorsqu'on incline le vase. (*Troisième saignée.*)

Sixième jour : les traits de la face sont profondément altérés; l'œil est terne; délire pendant la nuit. Le malade se sent très-faible : réponses justes, mais lentes. Les crachats, de même nature que la veille, sont moins abondans. (*Vésicatoire sur l'endroit malade.*) Mort pendant la nuit.

Ouverture du cadavre.

Les lobes supérieur et moyen du poumon droit étaient en hépatisation grise : de leur tissu, mou et facilement déchirable, s'écoulait en très-grande quantité un liquide grisâtre et purulent. Le lobe inférieur présentait un mélange d'hépatisation rouge et d'engouement; le poumon gauche était sain; la surface interne des bronches des deux poumons présentait une égale rougeur.

Lorsque le malade entra à la Charité, au commencement du quatrième jour, il y avait déjà hépatisation rouge de la partie supérieure du poumon droit, ainsi que le prouvaient les signes fournis par l'auscultation, la percussion et les crachats; on n'entendit point, dans ce cas, la respiration bronchique. Dès le cinquième jour, le nouvel aspect que présentèrent les crachats indiqua l'existence de l'hépatisation grise. Quant au mélange d'hépatisation rouge et de simple engouement, dont

plusieurs points du lobe inférieur du poumon droit étaient le siége, il ne diminua pas notablement la sonoréité des parois thorachiques correspondantes, et il ne put être reconnu par l'auscultation, à cause du râle muqueux auquel donnait lieu l'accumulation de beaucoup de mucosités dans les bronches de ce lobe.

Revenons encore ici sur les caractères de la respiration. Malgré l'étendue et la gravité de l'altération du poumon, la dyspnée ne fut jamais que médiocre; à peine sentie par le malade, elle n'était véritablement apercevable que pour le médecin. On pourrait conclure de là, que cet individu ne succomba point à la gêne croissante de la respiration, comme cela arrive le plus souvent; mais que chez lui le sang veineux, ne recevant plus que dans un seul poumon les modifications qui le constituent sang artériel, devint inapte à porter à tous les organes, avec les matériaux de la nutrition, l'excitation et la vie.

XXVe OBSERVATION.

Un homme de cinquante ans environ, affecté d'une maladie du cœur, est atteint de pneumonie. Le deuxième et le troisième jour, les crachats sont ceux du premier degré de la maladie; le quatrième jour, leur viscosité est plus grande. Le cinquième jour, ils offrent un aspect tout différent : ils sont formés par un liquide d'un rouge brunâtre, s'écoulant en nappe du vase qui les contient. Le sixième jour, même état; cependant son très-mat à la partie inférieure, postérieure et latérale du côté droit de la poitrine; grande dyspnée, décubitus sur le dos.

prostration. Le septième jour, le liquide expectoré est plus épais; il présente tout-à-fait l'aspect de la consistance de la bile épaisse et noirâtre qui remplit souvent la vésicule du fiel. Mort dans la journée. Le lobe inférieur du poumon droit était en hépatisation grise.

Nous n'avons cité cette observation que sous le rapport des crachats, qui ont présenté un aspect fort remarquable, et qui, variant à chaque période de la maladie, ont annoncé les différens états du parenchyme pulmonaire aussi sûrement que l'auscultation.

XXVI[e] OBSERVATION.

Un homme de soixante ans, faïencier, se livre à ses travaux accoutumés dans la journée du 23 février. Il se couche le soir très-bien portant : au milieu de la nuit il se réveille avec un violent frisson; puis il sent une chaleur brûlante, et est pris en même temps d'une forte douleur, qui occupe la partie latérale inférieure droite du thorax, dans l'étendue des six dernières côtes; elle augmente par la pression, la toux et les inspirations profondes. Dans la journée du 24, cette douleur persiste; le malade tousse beaucoup sans cracher; il est assoupi. Le 25, il commence à expectorer un peu de mucus transparent, à peine rouillé; il entre le soir à la Charité, et est saigné. A la visite du 26 (troisième jour), il est dans l'état suivant :

Nulle altération des traits de la face, mouvemens libres, forces bien conservées. Le malade assure qu'il ne sent pas la moindre oppression : cependant la respiration est évidemment accélérée; les inspirations sont courtes, rapprochées; la parole est un peu haletante. Percutée, la poitrine rend un son mat à droite, en arrière, dans toute l'étendue qu'occupent ordinairement les lobes moyen et inférieur du poumon de ce côté : dans cette même partie s'entend un râle crépitant très-prononcé; partout ailleurs, le bruit de la respiration est grand et net, et la sonoréité parfaite. La toux est fréquente, accompagnée de l'expulsion de crachats visqueux, transparens, se réunissant en une masse gélatiniforme qui n'adhère encore que médiocrement au vase, et à peine rouillée. La douleur de côté est beaucoup moins forte depuis la saignée; la fièvre est légère. Langue humide et vermeille, soif, anorexie; deux ou trois selles liquides chaque jour depuis le 23. (*Saignée de seize onces sur-le-champ; une seconde saignée de douze onces trois heures après.*) Le sang des deux saignées était couenneux; celui de la saignée faite la veille ne l'était pas. Cette double émission sanguine fut très-bien supportée. Dans l'après-midi, le pouls était d'une irrégularité remarquable : la nuit, le malade dormit assez bien; il ne sua pas.

Dans la matinée du 27 (quatrième jour), l'état de la respiration était à-peu-près le même que la veille. L'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignemens; les crachats, peu visqueux, n'étaient plus teints de sang; la douleur était presque nulle; le pouls fréquent se déprimait facilement; la peau, de chaleur à-

peu-près naturelle, conservait sa sécheresse. Diarrhée légère. (*Saignée de huit onces.*)

Cinquième jour, le malade paraissait plus faible que les jours précédens; cependant il se plaçait encore facilement sur son séant. Les mouvemens inspiratoires, courts et rapprochés, s'exécutaient à-la-fois par une forte élévation des côtes et par l'abaissement du diaphragme; un râle crépitant faible, sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire, s'entendait à droite au niveau du lobe moyen du poumon; plus bas, l'oreille appliquée sur la poitrine sentait les côtes se soulever; mais on n'entendait ni râle, ni aucun bruit respiratoire; là aussi, la poitrine percutée rendait un son beaucoup plus mat que les jours précédens. A gauche, tant en avant qu'en arrière, et à droite en avant le murmure inspiratoire était net et d'une intensité remarquable; les crachats étaient, comme la veille, peu visqueux et à peine rouillés; la douleur pleurétique avait entièrement disparu; le pouls était petit, irrégulier. (*Deux vésicatoires aux jambes. Quatre grains de kermès dans une potion gommeuse. Tisane de violette.*)

Sixième jour, altération profonde des traits de la face; yeux ternes, couleur violacée des lèvres. La respiration ne s'exécutait plus que par de petits mouvemens inspiratoires et expiratoires très-rapprochés; les crachats avaient subi un changement remarquable : ils étaient réunis en une seule masse liquide, semblable à une solution épaisse de gomme, dans laquelle aurait été dissoute une matière colorante d'un roux fauve, tirant un peu sur le brun dans quelques points. Cette expectoration nous parut être d'un fâcheux augure. L'auscultation fit reconnaî-

tre l'existence de la respiration bronchique dans toute l'étendue à-peu-près des lobes supérieur et moyen du poumon droit. Ce bruit se distinguait d'une manière très-tranchée du bruit très-fort d'expansion pulmonaire que l'on entendait dans le reste des poumons. Le son était toujours très-mat à droite. Le malade, assis dans son lit, exécutait encore beaucoup de mouvemens avec promptitude et facilité. Le pouls, très-petit, était beaucoup plus fréquent que les jours précédens; la peau restait sèche; langue blanchâtre; léger dévoiement. D'après la nature des crachats, M. Lerminier annonça l'existence du troisième degré de la pneumonie. L'extrême dyspnée rendait encore le pronostic plus grave. (*Décoction de polygala. Potion avec quatre grains de kermès.*)

Deux heures après, nous revînmes voir le malade : tout avait empiré; le malade était dans un véritable état d'asphyxie; la face était bouffie et violette; les extrémités étaient froides; l'intelligence se conservait intacte; la fréquence du pouls était devenue telle, qu'on ne pouvait plus compter le nombre des battemens. En auscultant alors la poitrine, nous n'entendîmes plus dans tous ses points qu'un gargouillement très-fort, résultat de l'accumulation du mucus dans les bronches. Ce râle bronchique devint bientôt trachéal, et le malade succomba dans la journée.

Ouverture du cadavre.

Le lobe inférieur du poumon droit, présentant un tissu mou et facilement déchirable, se réduisait, par une lé-

gère pression, en une pulpe grisâtre d'où s'écoulait un liquide purulent de même couleur. Dans le lobe moyen l'on trouvait un mélange de cette infiltration purulente, ou hépatisation grise, avec l'hépatisation rouge, et dans un très-petit nombre de points seulement l'engouement du premier degré. Le lobe supérieur était sain, ainsi que le poumon gauche, qui postérieurement offrait l'engouement cadavérique. Des fausses membranes étaient interposées entre les lobes moyen et inférieur du poumon droit. Les cavités droites du cœur étaient gorgées de sang noir.

L'estomac présentait à sa face interne, vers son grand cul-de-sac, dans l'étendue environ de trois ou quatre travers de doigt en tout sens, une vive rougeur. Là, la muqueuse elle-même était rouge, et plus facilement déchirable qu'ailleurs. La fin de l'intestin grêle et le cæcum étaient injectés. Le foie était gorgé de sang.

Cette pneumonie n'offrit aucun caractère grave jusqu'au quatrième jour. Jusqu'à cette époque, l'ensemble des symptômes n'annonçait qu'une inflammation au premier degré, avec quelques points peut-être d'hépatisation rouge. D'abondantes émissions sanguines avaient été pratiquées; déjà les crachats tendaient à revenir à l'état catarrhal, et tout semblait annoncer une terminaison heureuse. Du quatrième au cinquième jour, tout changea de face; la dyspnée, légère jusqu'alors, devint tout-à-coup très-considérable; et l'auscultation apprit qu'il y avait hépatisation très-étendue du poumon droit; le son mat était aussi notablement augmenté. Quant aux cra-

chats, ils présentaient une remarquable anomalie; malgré le rapide accroissement de la phlegmasie pulmonaire, ils n'étaient devenus ni plus rouillés, ni plus visqueux. Dans cet état de choses, de nouvelles saignées eussent-elles été utiles? Eussent-elles arrêté les progrès de l'inflammation et prévenu la désorganisation du poumon? Déjà employées avec une sorte de profusion à une époque moins avancée, elles n'avaient exercé sur la phlegmasie, légère alors, qu'une bien douteuse influence. Que pouvait-on en espérer maintenant? Quoi qu'il en soit, on n'y eut pas recours; et, ayant surtout égard à la pâleur de la face, au défaut de chaleur de la peau, à la petitesse du pouls, on employa les vésicatoires appliqués aux extrémités inférieures : on prescrivit le kermès; mais ce nouveau mode de traitement fut sans efficacité. Le lendemain, sixième jour, l'hépatisation grise fut annoncée par l'aspect des crachats. Ainsi, dans l'espace de quarante-huit heures, la pneumonie passa du premier degré au second et au troisième. En quarante-huit heures, le tissu pulmonaire passa du simple engouement à la suppuration.

Les signes fournis par l'auscultation ne furent pas les mêmes le cinquième et le sixième jour. D'abord, l'hépatisation incomplète du lobe moyen fut annoncée par un râle crépitant faible, sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire; l'hépatisation complète du lobe inférieur fut annoncée par l'absence de toute espèce de bruit respiratoire ou de râle. Le sixième jour, la *respiration bronchique* se fit entendre. Nous avons déjà dit que ces variétés de signes fournis par l'auscultation dépendent sans doute, soit des divers degrés de l'hépatisation,

soit du rapport des bronches avec les portions hépatisées.

Nous noterons, comme une circonstance défavorable et en rapport avec la terminaison funeste, que pendant tout le cours de la maladie la peau resta constamment sèche.

Remarquerons-nous les fréquentes irrégularités du pouls? Indépendantes de tout état organique du cœur, elles étaient liées à une disposition particulière de l'individu, et ne devaient être considérées que comme d'une importance très-secondaire dans l'établissement du pronostic.

XXVIIe OBSERVATION.

Un homme de soixante-deux ans sentit, neuf jours avant d'entrer à l'Hôpital, un point de côté à droite, au niveau des cinq ou six dernières côtes; en même-temps, frisson, toux, oppression, crachats sanguinolens dès le premier jour. Les jours suivans il garde le lit, boit du vin chaud sucré, et ne subit d'ailleurs aucun traitement. Le 31 mars 1824, neuvième jour, il présente l'état suivant :

Respiration courte, accélérée, devenant beaucoup plus gênée lorsque le malade quitte le décubitus dorsal pour se placer sur le côté ou sur le séant. Son mat à droite en avant, depuis la clavicule jusqu'au niveau du sein, et en arrière du même côté dans les fosses sus et sous-épineuses. Dans ces diverses parties et dans tout le reste de la poitrine, excepté au-dessous de la clavicule gauche, on entend un râle muqueux très-fort. Les cra

chats sont formés par un liquide brunâtre, semblable à du jus de pruneaux. Pouls fréquent, fort, offrant de temps en temps quelques intermittences. D'abondantes sueurs ont eu lieu depuis le début de la maladie. Langue saburrale, constipation. Malgré l'époque avancée de la pneumonie et l'existence très-vraisemblable du troisième degré, M. Lerminier prescrit une saignée de douze onces, et dans la soirée l'application de deux vésicatoires aux jambes.

1er. avril, dixième jour, même état. Le râle muqueux est si fort en quelques points qu'il se rapproche du gargouillement des excavations tuberculeuses. (*Saignée de douze onces, deux vésicatoires aux cuisses, décoction de polygala, demi-looch avec deux grains de kermès.*) La première saignée était couenneuse; la seconde ne présenta qu'un large caillot mou et sans couenne.

Onzième jour, respiration de plus en plus gênée, face livide, pouls faible, intermittent, suppression des crachats; râle trachéal. Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre.

Le lobe supérieur du poumon droit présentait une masse compacte, imperméable à l'air et se précipitant au fond de l'eau, d'une couleur grise que parsemait un grand nombre de petites taches noires, se réduisant par la pression en une pulpe d'un gris sale, d'où s'écoulait un liquide purulent de même couleur. — Le reste du parenchyme pulmonaire ayant conservé sa consistance naturelle, et encore crépitant, était engoué d'une grande quantité de sérosité rougeâtre. Les bronches, offrant des

deux côtés une teinte rouge livide à leur surface interne étaient remplies d'un liquide brunâtre, tel que celui qui était expectoré pendant la vie. — Les autres viscères ne présentèrent rien de remarquable.

Cette pneumonie ne fut soumise à notre observation que lorsqu'elle avait déjà atteint le troisième degré, c'est-à-dire lorsqu'elle était à peu près au-dessus des ressources de l'art. L'aspect des crachats fit reconnaître pendant la vie l'existence de ce troisième degré. Jusqu'alors la maladie avait été entièrement abandonnée à la nature. M. Lerminier crut pouvoir encore essayer l'emploi des émissions sanguines, non pour détruire la suppuration là où elle existait, mais pour arrêter les progrès de l'inflammation là où l'on pouvait présumer qu'elle n'était encore qu'au premier ou au deuxième degré. Des vésicatoires furent en même-temps appliqués aux membres inférieurs.

L'auscultation ne put fournir ici aucun renseignement sur l'état du parenchyme pulmonaire, à cause du râle bronchique humide qui existait dans presque tous les points de la poitrine, et dont l'intensité alla toujours en augmentant jusqu'au moment de la mort.

Nous avons vu chez la plupart des précédens malades dont la pneumonie eut une issue funeste, la peau rester sèche; ici, au contraire, il y eut des sueurs abondantes, bien que la terminaison dût également être funeste.

XXVIII[e] OBSERVATION.

Un cardeur de matelas, âgé de quarante-neuf ans, toussait depuis quelques jours sans présenter d'ailleurs aucun symptôme grave, lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours du mois d'avril 1824. Le premier jour, cet homme ne parut atteint que d'un catarrhe pulmonaire intense. Il y avait à peine un léger mouvement fébrile. La respiration était libre; la poitrine percutée résonnait partout très-bien; l'auscultation ne faisait entendre autre chose qu'un mélange de râle muqueux et sibilant dans plusieurs rameaux bronchiques, et une grande intensité du murmure inspiratoire. Cependant les crachats avaient un aspect qui ne semblait point s'accorder avec l'apparente bénignité des autres symptômes. Ils étaient formés par un liquide semblable à une solution épaisse de gomme, colorée en brun rougeâtre, ou mieux à du jus de pruneaux, tels enfin qu'ils se montrent dans le troisième degré de la pneumonie. — Le lendemain, 7 avril, l'expectoration persistait; mais de plus il y avait une plus grande accélération de pouls, une chaleur plus vive de la peau, et une gêne notable dans la respiration. La percussion fit alors reconnaître un son mat au niveau du sein droit; là on entendait un râle crépitant faible sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire. L'existence d'une pneumonie n'était plus douteuse. (*Saignée de douze onces.*) Le sang était sans couenne.

8 avril, augmentation de la dyspnée, crachats conservant leur aspect de jus de pruneaux; son mat depuis

le sein droit jusqu'à la clavicule de ce côté, et dans cette même étendue respiration bronchique avec retentissement de la voix. Pouls faible, peau sans chaleur, face jaune et abattue. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

9, délire, râle trachéal, pouls faible et sans fréquence, extrémités froides. (*Sinapismes*, *polygala*, *kermès.*) — Mort quelques heures après la visite.

Ouverture du cadavre.

Le lobe supérieur du poumon droit présentait un mélange d'hépatisation rouge et grise; celle-ci était prédominante du côté de la racine du poumon : c'était le contraire, à mesure qu'on s'approchait du sommet.

Cette observation présente une circonstance bien remarquable, savoir, l'existence des crachats du troisième degré de la pneumonie, à une époque où aucun autre signe ne pouvait faire présumer non-seulement la suppuration du poumon, ni même son simple engouement inflammatoire. Il est très-vraisemblable qu'alors l'hépatisation grise existait déjà dans une portion circonscrite du poumon droit, du côté de sa racine; son peu d'étendue explique l'absence de la dyspnée, et son siége rend compte de l'insuffisance de la percussion et de l'auscultation. Dès-lors cependant le bruit d'expansion pulmonaire était d'une intensité telle, qu'on pouvait supposer qu'un obstacle à l'entrée libre de l'air existait dans quelque portion du parenchyme pulmonaire. Les jours suivans,

l'inflammation fit de rapides progrès; elle s'étendit à tout le lobe supérieur; dès ce moment il n'y eut plus d'obscurité dans le diagnostic; et l'ouverture du cadavre prouva l'existence de cette hépatisation grise que le seul caractère des crachats (abstraction faite de tout autre signe) nous avait d'abord portés à soupçonner.

XXIXe OBSERVATION.

Un scieur de long, âgé de soixante-sept ans, toussait depuis cinq semaines, lorsqu'il entra à la Charité. Depuis cinq jours il avait un point de côté au niveau des dernières côtes gauches, et depuis trois jours il crachait du sang. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il respirait assez librement; l'on entendait à gauche, en arrière, du râle crépitant avec léger bruit d'expansion pulmonaire. La percussion, douloureuse dans tout le côté gauche, ne put être convenablement pratiquée. Les crachats étaient rouillés, mais peu visqueux; le pouls avait de la fréquence et de la force. Cette pneumonie, qui datait de cinq jours, semblait n'avoir pas encore dépassé le premier degré. (*Saignée de seize onces.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse.

9 avril, sixième jour, du râle crépitant s'entend toujours à gauche, en arrière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; plus haut, l'on entend la respiration bronchique et une résonnance particulière de la voix : on dirait en quelque sorte que le malade souffle ses paroles au bout d'un tube. Dans cette même partie le son est mat; les crachats sont plus rouillés et plus visqueux;

la respiration est plus gênée; la douleur des parois thorachiques a beaucoup diminué. Tout annonce que le poumon s'hépatise. (*Saignée de seize onces, et dans le cours de la journée deux vésicatoires aux cuisses.*) Sang couenneux.

Septième jour, grande prostration; altération des traits de la face, qui présente une teinte jaune d'un mauvais augure. Pouls faible et lent; peau sans chaleur. L'auscultation fait entendre, dans les mêmes points que la veille, la respiration bronchique. Plus bas, le râle crépitant a disparu; mais aucun bruit ne le remplace. Le son est très-mat dans toute la partie postérieure gauche. Le malade rend en petite quantité des crachats opaques, d'un gris rougeâtre, et plaqués. (*Vésicatoire sur la poitrine.*)

Huitième et neuvième jours, prostration de plus en plus grande, amaigrissement rapide de la face sans que la respiration soit très-gênée; suppression des crachats le neuvième jour; pouls de plus en plus faible et rare; refroidissement général. Mort dans la nuit du neuvième au dixième jour.

Ouverture du cadavre.

Le lobe inférieur du poumon gauche, compact et facilement déchirable, offre un mélange d'hépatisation rouge et grise; celle-ci est beaucoup plus considérable; le reste des poumons est sain et peu gorgé de liquide. Rien de remarquable dans les autres viscères.

Chez ce malade, nous avons pu suivre avec assez de

précision les progrès de la pneumonie depuis son premier jusqu'à son troisième degré. Il n'y eut vraisemblablement que simple engouement inflammatoire jusqu'au cinquième jour. Du cinquième au sixième, le poumon s'hépatisa. L'époque où la suppuration commença fut peut-être marquée par le changement subit des traits de la face, la diminution rapide des forces, etc., phénomènes qui furent observés le septième jour. Dès-lors cette sorte d'état adynamique augmenta de plus en plus, et la vie s'éteignit en quelque sorte progressivement, sans que la dyspnée ait jamais été très-grande. Ce genre de mort, que l'on observe souvent chez les individus épuisés par d'anciennes et abondantes suppurations, est rare dans les cas de pneumonies aiguës, où la mort survient le plus ordinairement par suite de la gêne toujours croissante de la respiration.

L'aspect des crachats différa ici de celui que nous avons observé dans les autres cas de pneumonies au troisième degré.

ARTICLE II.

PLEURO-PNEUMONIES AVEC ABSENCE D'UN OU DE PLUSIEURS DE LEURS SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES.

---

§. I. *Absence des signes fournis par l'auscultation et la percussion.*

XXXe. OBSERVATION.

Un homme de vingt-sept ans, vermicelier, d'une faible constitution, maigre et sujet à s'enrhumer, se fatigua

beaucoup et sua dans la journée du 20 octobre 1821. La nuit du 20 au 21, il dormit bien. A son lever, il se sentit mal à son aise, et ne tarda pas à éprouver du frisson, puis une forte chaleur : il s'alita. A deux heures, il fut pris d'une toux sèche et fréquente. Dans la nuit, un violent point de côté survint entre la dixième et la onzième côte du côté gauche. Il ne dormit pas, et toussa beaucoup sans cracher. Le 22 (deuxième jour), il commença dans la matinée à cracher un peu de sang. La respiration n'était point gênée; il se couchait sur le côté droit pour éviter la vive douleur que lui causait le décubitus sur le côté opposé. Il entra le soir à la Charité, et fut saigné. Dans la matinée du 23 il présenta l'état suivant.

Face abattue; céphalalgie; sentiment de faiblesse; décubitus sur le dos; toux fréquente; crachats fortement rouillés, transparens, réunis en une masse gélatiniforme qui s'écoule du vase lorsqu'on l'incline. Vive douleur au niveau des neuvième, dixième et onzième côtes, augmentant par la toux, l'inspiration et la percussion. La poitrine percutée résonne également bien partout. Auscultée, le frémissement de la respiration s'entend partout net et fort. La respiration est accélérée et courte, bien que le malade assure ne sentir aucune oppression. Pouls peu fréquent; peau chaude et sèche. Langue jaunâtre; anorexie; ventre indolent et souple; pas de selle depuis deux jours.

Les crachats étaient trop caractéristiques pour qu'on pût révoquer en doute l'existence d'une pneumonie; elle n'était cependant annoncée ni par la percussion, ni par l'auscultation. Nous en conclûmes que l'inflammation n'était que partielle, et qu'elle occupait vraisemblable-

ment la base, le centre ou la racine du poumon. (*Saignée de douze onces. Boissons émollientes.*) Le sang se montra couenneux.

Le quatrième jour, le malade se sentait mieux. Il avait peu toussé; les crachats, peu visqueux, contenaient moins de sang; la respiration était moins fréquente; la douleur ne se faisait plus sentir que dans les grandes inspirations.

Le cinquième jour, le malade, qui avait reçu l'impression du froid en se levant pour aller à la selle, était moins bien que la veille. Les crachats étaient de nouveau rouges et plus visqueux, la respiration très-gênée, la fréquence du pouls extrême. Le son des parois thorachiques continuait à être clair, et la respiration à être nette partout. Cette recrudescence des symptômes, et surtout la grande dyspnée, engagèrent M. Lerminier à faire pratiquer une troisième saignée de huit onces, et à faire appliquer le soir deux vésicatoires aux jambes.

Immédiatement après la saignée, couenneuse comme les précédentes, le malade se sentit notablement soulagé. Dans l'après-midi, une sueur abondante se manifesta pour la première fois. La nuit fut bonne.

Le sixième jour, il y avait un amendement sensible. Des sueurs copieuses eurent encore lieu toute la journée; et le lendemain, septième jour, il n'existait plus aucun signe de pneumonie. Le pouls était à peine fréquent; le bruit d'expansion pulmonaire avait perdu cette intensité qui rapproche la respiration de l'adulte de celle de l'enfant, et qui indique toujours une difficulté plus ou moins grande que rencontre l'air à pénétrer librement

dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire. Les jours suivans, convalescence.

Cette observation présente surtout à remarquer l'absence des signes ordinairement fournis par l'auscultation et la percussion, et sans lesquels il est impossible de déterminer le siége et l'étendue de la pneumonie. L'expectoration seule annonça d'une manière non-douteuse la nature de l'affection, qui, sans ce signe, aurait été prise pour une simple pleurésie.

Remarquons encore l'influence funeste exercée par l'impression du froid, l'apparition des sueurs coïncidant avec l'amélioration générale, mais n'en étant point ici la cause d'une manière aussi tranchée que dans plusieurs des précédentes observations; enfin, la terminaison de la maladie au septième jour.

XXXI[e] OBSERVATION.

Un domestique, âgé de trente-huit ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, ayant eu, il y a quinze ans, une *fluxion de poitrine*, se portait très-bien lorsqu'il se leva, le 15 août 1822. A huit heures, vaquant à ses occupations habituelles, il sentit dans toute la partie antérieure droite du thorax une douleur, qu'il comparait à celle que lui aurait causée la piqûre d'une foule d'aiguilles. Vingt minutes environ après que le point de côté eut commencé à se faire sentir, un violent frisson survint: il dura jusqu'à deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire

pendant cinq heures et demie, et fut remplacé par une chaleur brûlante ; aucune sueur n'eut lieu. Dans la journée le malade sentit souvent le besoin de tousser ; mais il n'osait s'y livrer, parce que la toux augmentait la douleur. Le soir même il entra à la Charité, et fut immédiatement saigné. La nuit, il dormit un peu.

Etat du 16, deuxième jour : face rouge, yeux injectés, céphalalgie légère, décubitus sur le dos ou à gauche ; persistance de la douleur à droite, augmentant par l'inspiration, la toux, le mouvement, le décubitus sur le côté affecté, ne s'exaspérant point par la pression et même par la percussion ; toux fréquente, sèche, comme avortée ; peu de dyspnée ; poitrine sonore partout ; bruit d'expansion pulmonaire, net partout, mais plus fort à gauche qu'à droite, circonstance qui paraît uniquement dépendre de la dilatation moindre du thorax à droite, à cause de la douleur ; égale résonnance de la voix dans tous les points. Pouls dur, battant plus de cent fois par minute ; peau chaude et sèche. Langue un peu rouge et lisse ; soif, bouche amère, constipation. Le sang tiré la veille est recouvert d'une couenne mince verdâtre. (*Boissons et lavemens émolliens.*)

Dans la matinée du troisième jour, expectoration de crachats visqueux, transparens, fortement rouillés : du reste, même état que la veille. (*Saignée de douze onces.*) Le sang n'offrit pas de couenne.

Quatrième jour : la respiration était assez calme ; la douleur ne se faisait plus sentir que dans les profondes inspirations ou dans les grands mouvemens ; les crachats étaient moins rouillés et peu visqueux ; les battemens artériels n'allaient plus à cent par minute ; l'on n'enten-

dait de râle nulle part. Dans les inspirations ordinaires, l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires s'entendait avec une intensité plus grande à gauche qu'à droite; mais lorsque le malade inspirait plus fortement, le bruit d'expansion pulmonaire devenait également fort et net des deux côtés.

Dans la soirée, la peau se couvrit pour la première fois d'une sueur abondante. Le lendemain, cinquième jour, le pouls était à peine fréquent, la douleur avait entièrement disparu, la respiration était revenue à son état naturel; l'expectoration était purement catarrhale. La sueur continua toute la journée. Dans la matinée du sixième jour, la peau était encore moite, le pouls toujours un peu fréquent : la sueur cessa dans la journée. Le septième et le huitième jour, le pouls conserva un peu sa fréquence; il la perdit entièrement le neuvième. Le malade paraissait alors entièrement rétabli. Il ne tarda pas à sortir.

L'on n'observa d'abord chez ce malade que les symptômes d'une simple pleurésie. La douleur fut remarquable par son étendue; elle précéda le frisson, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. Une première saignée, pratiquée neuf à dix heures après son invasion, ne l'enleva pas. Au commencement du troisième jour, des crachats de pneumonie apparurent; ils furent le seul signe qui annonça la propagation de la phlegmasie au parenchyme pulmonaire. Ici encore, l'auscultation et la percussion furent insuffisantes, ou plutôt cette double méthode ne fournit, en quelque sorte, que des signes

négatifs : la conservation de la clarté du son et de la netteté du bruit d'expansion pulmonaire prouvait que la pneumonie était profonde et peu étendue; l'intensité moins grande du bruit respiratoire à droite qu'à gauche n'était que le résultat, en quelque sorte mécanique, de la moindre dilatation du côté droit, en raison de la douleur. La nouvelle saignée pratiquée le troisième jour, fut suivie d'un amendement marqué : vers la fin du quatrième jour, une abondante sueur apparut et continua le lendemain; en même temps la douleur disparut complètement, l'expectoration devint catarrhale, et toute dyspnée cessa; mais jusqu'au huitième jour le pouls resta un peu fréquent, et ce ne fut qu'après cette époque que le retour complet des battemens artériels à leur rhythme physiologique parut annoncer l'entière résolution de la phlegmasie.

XXXII° OBSERVATION.

Un homme âgé de quarante et un ans, d'une faible constitution, dit avoir eu depuis onze ans quinze *fluxions de poitrine*, annoncées toutes par des points de côté, de la toux, de l'oppression et une expectoration sanguinolente.

Dans la nuit du 24 au 25 avril 1822, il sentit du frisson et en même temps des douleurs vagues dans les deux côtés de la poitrine; il toussa beaucoup. Le 25, la douleur et la toux persistèrent. Il entra à la Charité dans la soirée du 26. Alors les crachats visqueux, transparens, rouillés, annonçaient l'existence d'une pneu-

monie; la respiration, courte, semblait au malade un peu gênée; la douleur des deux côtés n'avait pas diminué. Le décubitus avait lieu sur le dos. La poitrine percutée résonnait bien partout; auscultée, la respiration s'entendait partout très-forte, mais nette. Le pouls était fréquent et fort; la peau moite. Une saignée de douze onces fut pratiquée.

Dans la matinée du 27, troisième jour, la douleur ne se faisait plus sentir qu'à droite, dans l'étendue de quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du sein. D'ailleurs aucun autre changement n'avait eu lieu. (*Saignée de huit onces, dix sangsues au côté droit, boissons émollientes.*)

Quatrième jour, le malade ne sentait plus qu'une très-légère douleur dans les grandes inspirations. La respiration n'était que très-médiocrement accélérée. Les crachats rouillés et la fièvre persistaient; aucune sueur n'avait eu lieu. L'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignemens. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Sixième jour, respiration naturelle, toux rare, expectoration catarrhale, pouls à peine fréquent. Il n'y avait eu aucune crise apparente; la peau en particulier conservait sa sécheresse. (*Boissons émollientes, trois bouillons.*)

Sixième jour, réapparition de la douleur du côté droit. Crachats de nouveau rouillés et visqueux, fièvre; cependant persistance de la sonoréité de la poitrine et de la netteté du murmure inspiratoire. (*Quinze sangsues à droite; l'état de faiblesse et de maigreur de l'individu parut contre-indiquer la saignée générale.*)

Septième jour, tous les symptômes de récrudescence

de la veille ont disparu; les jours suivans, convalescence. Cependant le malade continuait à tousser; il était dans un grand état de maigreur, qui, jusqu'au 12 mai, époque de sa sortie, sembla plutôt augmenter que diminuer. La poitrine, percutée et auscultée, n'offrait d'ailleurs aucune trace de lésion des poumons ou des plèvres.

Le grand nombre de pneumonies dont cet individu fut atteint dans l'espace de quelques années, est digne de remarque. Il y était véritablement prédisposé; toutes les causes irritantes qui agissaient sur lui portaient leur influence sur le poumon et en déterminaient l'inflammation. Mais on pouvait penser, en raison de la constitution de l'individu, que la cause de cette prédisposition résidait dans des tubercules pulmonaires. D'une autre part, des inflammations si souvent répétées devaient à leur tour hâter le ramollissement des tubercules et en augmenter le nombre. Lorsque le malade quitta l'hôpital, il nous parut être en effet dans l'imminence d'une phthisie pulmonaire.

La nature de l'expectoration ne laissait aucun doute sur l'existence d'une pneumonie. Mais quelle partie du poumon en était le siége? Ici encore, comme dans les observations précédentes, l'auscultation et la percussion n'apprirent rien à cet égard. Ici encore, la seule augmentation de l'intensité du bruit d'expansion pulmonaire devait nous porter à soupçonner l'existence d'un obstacle à l'entrée libre de l'air dans quelque partie du poumon.

La peau, moite le deuxième jour, resta ensuite d'une sécheresse remarquable jusqu'à la terminaison de la maladie. Cette circonstance nous parut d'un augure peu favorable pour la résolution franche et complète de la phlegmasie. Cependant cette résolution semblait s'être opérée dès le cinquième jour, lorsque le sixième on vit reparaître et le point de côté et les crachats rouillés, et la fièvre. Mais ce retour de l'inflammation ne fut heureusement que momentané, et céda à une nouvelle émission de sang.

Fixons un instant l'attention sur le caractère de la douleur qui se manifesta au début de la maladie. Cette douleur, qui se fit sentir à la fois des deux côtés, annonçait-elle une double pleurésie ? l'émission sanguine eut-elle pour effet d'enlever la pleurésie gauche, ou du moins de la diminuer tellement, que la douleur n'exista plus ensuite qu'à droite, dans un espace limité ?

XXXIIIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, à Paris depuis un an, était enrhumé depuis trois semaines lors de son entrée à l'Hôpital. Légère d'abord, sa toux ne l'avait pas empêché de se livrer à ses travaux accoutumés. Les trois ou quatre derniers jours seulement qui précédèrent son entrée, il se sentit très-fatigué. Le 1er. mai 1822 il présenta l'état suivant :

Face rouge, yeux brillans, respiration précipitée, profondes inspirations possibles, toux fréquente, douleur déchirante derrière le sternum pendant chaque

quinte de toux. Du reste, l'expectoration est purement catarrhale. La poitrine percutée rend partout un son net; la respiration s'entend partout sans autre bruit insolite qu'un peu de sifflement par intervalles. Le décubitus a lieu sur le dos; mais le malade peut se coucher à droite et à gauche, sans qu'aucune douleur soit provoquée, et sans que la gêne de la respiration soit augmentée. Pouls fréquent, plein, peau moite; langue un peu rouge, soif, légère douleur épigastrique, constipation.

Cet ensemble de symptômes semblait n'annoncer qu'une phlegmasie intense de la muqueuse pulmonaire, avec inflammation plus légère de la muqueuse gastrique. Dans un tel état de choses, il ne faut qu'un bien léger surcroît d'irritation, pour que l'inflammation bronchique s'étende au parenchyme du poumon. Une saignée de seize onces fut pratiquée. — Le sang forma un caillot large et dense, entouré de très-peu de sérosité, et sans couenne.

2 et 3 mai, la toux fut un peu moins fréquente, et surtout moins pénible. La fièvre ne diminua pas; la rougeur de la langue persista. (*Tisanes et lavemens émolliens.*)

4 mai, la gêne de la respiration était plus grande, et les traits de la face sensiblement plus altérés que les jours précédens. L'inflammation commençait-elle à s'emparer du parenchyme? M. Lerminier le pensa, bien que la percussion et l'auscultation ne donnassent aucun nouveau renseignement, et que les crachats n'eussent pas changé de caractère. Les tisanes adoucissantes furent continuées, la diète la plus sévère fut recommandée.

5, les soupçons conçus la veille s'étaient justifiés, le malade avait commencé à expectorer, vers le milieu de la nuit, des crachats visqueux, transparens, très-fortement rouillés. La sonoréité de la poitrine n'en persistait pas moins, ainsi que la netteté du bruit de la respiration; ce bruit seulement nous parut être plus fort que les jours précédens. (*Saignée de douze onces.*) — Une couenne épaisse recouvrit le caillot, qui était remarquable par son extrême mollesse.

6, persistance des crachats pneumoniques. Même état d'ailleurs. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

7 et 8, les crachats perdirent leur teinte rouillée. — Le 9, ils n'étaient plus que ceux de la bronchite aiguë; la respiration était plus libre, il n'y avait que peu de fièvre; aucune évacuation dite critique n'avait eu lieu. La pneumonie paraissait être résolue, et la bronchite qui persistait était même moins intense qu'à l'époque de l'entrée du malade; la langue avait cessé d'être rouge depuis le moment présumé de l'invasion de la pneumonie. L'irritation légère de l'estomac avait-elle été déplacée par l'irritation plus forte du poumon? Prenons garde d'attacher à cette idée trop de valeur; car si les symptômes de la gastrite avaient augmenté en même temps qu'apparut la pneumonie, n'aurait-on pas aussi expliqué ce fait, en disant qu'en vertu des sympathies qui unissent l'estomac à tous les organes, l'inflammation du poumon n'avait pu s'accroître sans que celle de l'estomac ne s'accrût aussi? Tant il est vrai qu'il est toujours facile de trouver des explications aux phénomènes les plus opposés! Mais il y a loin de l'explication d'un phénomène à sa véritable interprétation.

Les jours suivans, la fièvre cessa entièrement, la toux se calma peu-à-peu, les crachats s'épaissirent, et le malade quitta l'hôpital le 19 mai, très-bien portant.

Ayant fait ressortir dans le cours même de l'observation, ses circonstances les plus importantes, nous n'y reviendrons pas; nous ferons remarquer seulement les différences que présenta le sang aux diverses époques de la maladie. Lors de la première saignée, il n'y avait qu'une phlegmasie des membranes muqueuses : le sang n'avait pas de couenne. Lorsque la seconde émission sanguine fut pratiquée, il y avait inflammation du parenchyme pulmonaire; le sang présenta une couenne.

XXXIVe OBSERVATION.

Un suisse, âgé de quarante ans, d'une forte constitution, et jouissant habituellement d'une bonne santé, toussait depuis huit jours lors de son entrée à l'hôpital : il n'avait ressenti aucune douleur dans le thorax. A l'époque de son entrée, il avait de la fièvre, la respiration n'était que médiocrement accélérée. La poitrine percutée résonnait bien partout; auscultée, la respiration s'entendait partout nette et forte, avec mélange d'un peu de râle muqueux et sibilant par intervalles. On eût pu croire que le malade n'était atteint que d'une simple phlegmasie des bronches, si la viscosité et la teinte rouillée des crachats ne nous eussent avertis de l'existence d'une inflammation du parenchyme même du

poumon. Langue rouge, soif vive, constipation. (*Saignée de seize onces.*) Presque immédiatement après avoir été tiré de la veine, le sang se couvrit d'une couenne épaisse.

Le lendemain 11 avril, même état. (*Douze sangsues à l'anus, boissons et lavemens émolliens.*) — Le 12, la respiration paraissait être revenue à son état normal ; les crachats n'étaient plus que ceux de la bronchite aiguë ; la langue avait perdu sa rougeur ; le pouls conservait un peu de fréquence. Ainsi les symptômes de la pneumonie avaient entièrement disparu ; cependant, du 13 au 22, la toux persista, le pouls resta un peu fréquent, les forces ne se rétablissaient pas. (*Vésicatoire au bras, boissons émollientes, crême de riz, quelques bouillons.*)

Dans la journée du 21, le malade se procura des alimens. Le 22, les symptômes de la pneumonie avaient reparu : crachats rouillés et visqueux, dyspnée, toutefois persistance de la sonoréité de la poitrine et de la netteté de la respiration ; pouls très-fréquent et petit, peau chaude, prostration remarquable. Malgré ce dernier symptôme, *vingt-quatre sangsues furent appliquées à l'anus.*

Le 23, la respiration était plus libre, les crachats avaient perdu leur teinte rouillée, et les forces s'étaient relevées. — Les jours suivans, la peau du sacrum se couvrit d'une escarre qui fit de rapides progrès, et dont la chute fut suivie d'un large ulcère. Mais, comme si l'irritation de la peau du sacrum eût produit une révulsion utile, la toux cessa complètement ; la légère fréquence du pouls, qui persistait, était suffisamment expliquée par l'étendue de l'ulcère. L'aspect tout-à-fait

naturel de la langue, l'appétit que le malade disait éprouver, la souplesse parfaite du ventre, la régularité des selles, attestaient l'intégrité des voies digestives. Dans cet état de choses, l'indication à remplir semblait être de soutenir les forces, de manière à ce que l'économie pût supporter l'abondante suppuration dont la peau du *sacrum* était le siége. (*On donna l'infusion aqueuse de quinquina, une tasse de vin chaque jour, et quelques légers potages.*) Sous l'influence de ce traitement l'ulcère prit un bon aspect, et marcha assez rapidement vers la cicatrisation. — Le malade quitta l'hôpital, très-bien portant, du 15 au 20 mai.

Cette maladie ne fut d'abord qu'une simple bronchite; aucun point de côté ne marqua l'invasion de la pneumonie; la dyspnée n'était pas plus considérable que celle qu'on observe dans beaucoup de bronchites intenses. L'auscultation et la percussion n'apprenaient rien; la respiration toutefois s'entendait avec une force inaccoutumée, et cette seule circonstance indiquait une lésion quelconque des voies respiratoires; mais les crachats seuls purent faire découvrir la nature de la maladie. Après qu'ils eurent disparu, la bronchite persista, accompagnée d'un mouvement fébrile qui pouvait faire craindre l'existence d'un noyau de phlegmasie dans un point quelconque du parenchyme pulmonaire. A la suite d'un écart de régime, au milieu de cette sorte de fausse convalescence, des symptômes de pneumonie reparurent; mais ils cédèrent à une légère émission sanguine, qui, pratiquée malgré la prostration, la fit disparaître.

loin de l'augmenter. Nous avons déjà insisté, dans le cours de l'observation, sur l'influence que parut avoir sur la cessation de la toux l'ulcération du sacrum.

XXXVe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de quarante-six ans, entra à l'hôpital dans le courant du mois d'octobre 1822. Il toussait depuis quinze jours. Il n'avait eu d'abord que les symptômes d'une bronchite légère; puis sa respiration était devenue gênée, et il avait été pris d'une fièvre intense. Lorsque nous le vîmes, il toussait beaucoup et expectorait des crachats visqueux et rouillés. Il y avait peu de dyspnée et beaucoup de fièvre; d'ailleurs la poitrine percutée résonnait bien partout; le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait partout net, mais très-fort. Les fonctions digestives ne présentaient d'autre dérangement que l'état saburral de la langue. (*Saignée de seize onces. Deux vésicatoires aux jambes.*) Le lendemain, expectoration moins visqueuse, à peine rouillée; fièvre moindre. Les jours suivans, on n'observa plus que les symptômes d'une simple bronchite, qui ne tarda pas elle-même à se terminer.

Nous avons cité cette courte observation comme fournissant un exemple d'une légère pneumonie qui compliqua momentanément un simple catarrhe pulmonaire, et qui ne fut d'ailleurs annoncée que par les seuls crachats.

XXXVI° OBSERVATION.

Un imprimeur, âgé de vingt-deux ans, entra à la Charité le 14 juin 1820. Depuis trois semaines environ il avait de la diarrhée. Le 11 juin, il toussa beaucoup, et se sentit tellement accablé qu'il ne sortit pas. Dans la nuit du 11 au 12, il éprouva au-dessous du sein gauche une douleur, peu vive d'ailleurs, qui augmentait par la toux et les grandes inspirations. Le 12 et le 13, cette douleur persista; une toux presque continuelle tourmenta le malade; il garda le lit, et but quelques petits verres d'eau-de-vie fortement poivrée, qu'il vomit. Entré à l'hôpital dans la soirée du 14, il fut saigné sur-le-champ.

Etat du 15 : respiration courte, accélérée, beaucoup plus diaphragmatique que costale; toux fréquente, sèche, excitée par le plus léger mouvement; persistance du point de côté; poitrine sonore; bruit d'expansion pulmonaire net partout; pouls fréquent et dur; peau chaude et sèche; langue blanchâtre; soif; ventre indolent et souple; cinq à six selles depuis vingt-quatre heures. On regarda cet individu comme atteint d'une pleurésie simple. Trente sangsues furent appliquées sur le côté gauche du thorax.

16 juin (cinquième jour), la douleur pleurétique n'existait plus; mais le malade expectorait des crachats visqueux, transparens et rouillés. La dyspnée était considérable, la fièvre intense. La percussion et l'auscultation ne donnaient aucun nouveau renseignement; cependant l'inflammation du parenchyme n'était pas douteuse.

(*Saignée de seize onces. Boissons et lavemens émolliens.*)

Sixième jour, augmentation de la viscosité des crachats, qui ne se détachent plus du vase lorsqu'on le renverse; leur couleur est d'un jaune très-prononcé. D'ailleurs, même état. (*Saignée de douze onces.*)

Septième jour, réapparition de la douleur pleurétique, mais du côté opposé. Même aspect des crachats; respiration haletante; état d'anxiété extrême; pouls très-fréquent; sécheresse constante de la peau. (*Vingt sangsues sur le côté droit.*)

Huitième jour, douleur pleurétique moindre; respiration de plus en plus gênée. Cependant la percussion ne faisait reconnaître de son mat nulle part; l'auscultation faisait entendre dans tous les points le bruit de la respiration naturel, mais très-fort. (*Saignée de huit onces. Deux vésicatoires aux jambes.*) Dans la nuit, le malade délira.

Neuvième jour, les traits de la face, profondément altérés, exprimaient l'anxiété la plus vive; une double douleur pleurétique existait, à droite, au-dessous du téton; à gauche, aux environs du creux de l'aisselle. Les mouvemens inspiratoires étaient courts, très-précipités. Le malade ne pouvait ni parler, ni se remuer sans provoquer une toux douloureuse. Les crachats conservaient leur grande viscosité et leur couleur jaune; le pouls, très-fréquent, était encore dur; d'ailleurs aucun nouveau renseignement par l'auscultation et la percussion. Malgré le peu de succès des nombreuses émissions sanguines qui avaient été faites jusqu'alors, M. Lerminier n'hésita pas à y avoir encore recours. Il fit appliquer quinze sang-

sues sur chaque côté de la poitrine, et le soir des sinapismes aux extrémités inférieures. La nuit, il y eut encore du délire.

Dixième jour, même état. Onzième, douzième et treizième jours, la douleur pleurétique diminue des deux côtés; la respiration devient moins gênée; les crachats ne changent pas de caractère; la diarrhée est abondante.

Quatorzième jour, réapparition du double point de côté, là où il s'était déjà manifesté; gêne de la respiration plus grande que jamais. (*Dix sangsues de chaque côté du thorax. Deux vésicatoires aux cuisses.*)

Quinzième jour, délire; dyspnée extrême; suppression des crachats; râle muqueux en divers points. Mort le lendemain matin.

Ouverture du cadavre.

A droite et à gauche, les plèvres costale et pulmonaire étaient couvertes de concrétions albumineuses membraniformes. En outre, un demi-verre environ de sérosité trouble était épanché dans la plèvre droite. Le tissu des deux poumons était généralement crépitant et sain; mais dans un assez grand nombre de points, spécialement vers leur racine et dans leur centre, les deux poumons présentaient de petites masses rouges et compactes, qui constituaient autant d'hépatisations partielles. En d'autres points également circonscrits, l'hépatisation n'était pas encore complète; mais le tissu pulmonaire, fortement engoué, se laissait déchirer avec une remarquable facilité; les bronches étaient d'un rouge intense, jusque dans leurs plus petites ramifications. La membrane mu-

queuse de la fin de l'intestin grêle et du cæcum offrait plusieurs petites ulcérations, avec rougeur de la membrane autour d'elles; les glandes mésentériques, correspondant à cette portion d'intestins, étaient rouges et tuméfiées.

L'ouverture du cadavre a ici montré l'espèce d'altération que peut subir le tissu pulmonaire, dans les cas de pneumonies où le siége de cette altération n'est annoncé ni par l'auscultation, ni par la percussion. Les nombreuses inflammations partielles qui existaient ne semblaient pas d'ailleurs devoir être suffisantes pour causer la mort. Ce n'est point à elles, mais bien à la double pleurésie, qu'il faut attribuer la terminaison fatale de la maladie. Les symptômes ne devinrent véritablement graves, la dyspnée en particulier ne fut considérable, et l'existence du malade ne fut réellement compromise, qu'à l'époque de l'apparition de cette double pleurésie, et plus tard surtout lorsqu'elle s'exaspéra de nouveau. On remarquera combien fut énergique le traitement antiphlogistique employé dans ce cas, et combien peu il fut efficace.

XXXVIIe OBSERVATION.

Un homme de trente-sept ans fit à pied la route de Guéret à Paris (quatre-vingt-douze lieues) en six jours; il toussait déjà un peu lorsqu'il quitta Guéret; le vent soufflait avec beaucoup de violence. Le 16 mars 1820, veille de son arrivée, il éprouva un malaise général et un grand frisson qui dura une partie de la journée et

toute la nuit du 16 au 17. Le 17 il s'alita; le 18, il ressentit au côté droit de la poitrine, au-dessous du sein, une vive douleur qui ne céda qu'en partie à l'application d'un linge chaud. Fièvre le 18 et le 19; il continue à tousser sans cracher. Le 20, il entre à la Charité, et présente l'état suivant.

Face calme, offrant une légère teinte jaunâtre au pourtour du nez et des orbites; facultés sensitives et intellectuelles intactes, forces musculaires assez bien conservées; décubitus sur le dos, respiration à peine accélérée. Les grandes inspirations augmentent la douleur qui existe encore au-dessous du sein droit. Sonoréité parfaite et respiration très-nette des deux côtés; toux fréquente, crachats jaunes, visqueux, réunis en une masse gélatiniforme, peu abondans; pouls fréquent et petit; langue humide et nette, soif, anorexie, ventre souple et indolent, constipation. (*Douze sangsues au côté droit, boissons et lavemens émolliens.*)

Le 22 (septième jour, à compter de l'apparition du frisson), la teinte jaune de la face, plus prononcée, s'est étendue à la peau de tout le corps; le pouls est très-fréquent, la respiration très-peu gênée, la toux fréquente; l'expectoration a changé d'aspect, elle est aqueuse et brunâtre, semblable à du jus de pruneaux. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*)

Huitième jour, traits de la face altérés et gripés, faiblesse extrême, inspirations courtes et fréquentes. Le bruit de la respiration s'entend partout avec force: percutée, la poitrine est également sonore partout; l'expectoration est nulle. Pouls fréquent, peau chaude; langue humide et blanche, nausées continuelles, constipation.

Quelques heures après la visite, le malade vomit des matières noires; il s'affaiblit rapidement, ses traits se décomposent. A quatre heures du soir il est couché sur le côté droit, la face très-pâle, les yeux fermés, la bouche entr'ouverte. Râle des mourans; pouls filiforme; peau brûlante. — Mort à cinq heures.

Ouverture du cadavre.

Les deux poumons sont crépitans à leur surface, et engoués d'une sérosité incolore et écumeuse. En approchant de la racine du poumon droit, on trouve son tissu réduit en une pulpe d'un jaune grisâtre, s'écrasant sous le doigt, et infiltré d'une sanie purulente. En remontant vers le sommet du poumon, le long de sa face interne, on rencontre quelques points en hépatisation rouge. La muqueuse gastrique présente, dans toute sa portion splénique, de nombreuses piquetures d'un rouge très-vif. Les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle sont d'un rouge livide intense, et contiennent une vingtaine d'ascarides lombricoïdes ramassés en paquets dans les endroits les plus enflammés, où ils sont entourés d'un mucus rougeâtre.

Ici, comme dans le cas précédent, le siége de la phlegmasie pulmonaire explique suffisamment pourquoi elle ne fut annoncée ni par la percussion, ni par l'auscultation. Les crachats seuls indiquèrent non-seulement l'existence d'une pneumonie, mais encore le degré de l'inflammation, l'existence de l'hépatisation grise. Le malade ne succomba pas d'ailleurs, comme le précédent, à la gêne toujours croissante de la respiration: chez lui,

en effet, la dyspnée ne fut jamais très-intense, ce qui était d'accord avec le peu d'étendue de l'inflammation. Il succomba dans une sorte d'état adynamique, ainsi qu'on l'observe souvent chez les individus dont la pneumonie s'est terminée par suppuration. Sa mort dut aussi être hâtée par la phlegmasie assez intense dont le canal intestinal était le siége. Remarquons en passant combien furent peu marqués les symptômes de cette dernière phlegmasie.

Avant de terminer ce paragraphe, nous indiquerons deux autres observations consignées dans la première partie de cet ouvrage. (Observ. XXV et LXXXVII.) Elles offrent, comme celles contenues dans ce paragraphe, des exemples de pneumonies annoncées par la seule expectoration. Citons maintenant des cas de pneumonies sans expectoration, ou avec expectoration anomale.

§. II. *Absence des signes fournis par l'expectoration.*

La pneumonie parcourt quelquefois ses diverses périodes, et se termine, soit par le retour à la santé, soit par la mort, sans avoir été annoncée par aucune espèce d'expectoration caractéristique. D'autres fois, cette expectoration ne se montre qu'au début de la maladie, et se supprime prématurément. D'autres fois enfin, les crachats, que nous avons vus jusqu'à présent accompagner le troisième degré, et qui l'annoncent plus positivement qu'aucun autre signe, se montrent dans les deux autres degrés de la maladie. Telles sont les bornes de nos con-

naissances que, toutes les fois qu'ayant rassemblé une masse plus ou moins considérable de faits particuliers, nous voulons en généraliser les résultats, il est rare que des observations plus multipliées ne nous découvrent de nouveaux faits contradictoires aux premiers. Mais, tant que ceux-ci sont peu nombreux, nous ne devons les considérer que comme de simples exceptions à la règle générale que nous avons posée. Combien n'est-il pas important (nous ne cesserons de le répéter) que le praticien se familiarise avec ces sortes d'anomalies de l'état morbide, afin qu'il s'habitue à ne point méconnaître une maladie, parce qu'elle n'est point annoncée par ses symptômes ordinaires ?

XXXVIIIe OBSERVATION.

Un chaudronnier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution délicate, ressentit, le 10 mars 1820, un grand frisson suivi d'une forte chaleur. Il commença à tousser le lendemain, sans cracher. Le troisième jour, apparition de l'expectoration; il prit ce jour-là l'émétique. Léger dévoiement depuis cette époque. Entré le 13 mars à la Charité, il est le 14 dans l'état suivant :

Face calme et assez fortement colorée; décubitus sur le dos; toux fréquente; respiration accélérée; oppression légère; crachats transparens, aérés, légèrement rouillés, adhérens entre eux, mais se détachant du vase lorsqu'on le renverse; son légèrement mat à la partie postérieure du côté droit du thorax; râle crépitant dans le même côté; pouls plein et fréquent; peau chaude et

sèche ; bouche pâteuse ; langue jaunâtre et humide ; soif assez vive ; quatre selles liquides depuis hier matin. (*Trente sangsues à l'anus. Vésicatoire à chaque jambe. Boissons émollientes.*

Le lendemain, sixième jour, respiration plus accélérée ; dyspnée plus considérable ; même matité du son ; bruit respiratoire nul dans les points où l'on entendait la veille du râle crépitant ; les crachats, toujours transparens et peu rouillés, sont d'une viscosité telle, que le vase peut être renversé et fortement agité sans qu'ils se détachent ; même état du pouls ; quatre selles. *Tout annonçait l'hépatisation du poumon.* (*Vingt sangsues à l'anus. Deux vésicatoires aux cuisses. Bourrache, orge. Deux bouillons.*)

Septième jour, même état ; crachats très-peu abondans.

Huitième jour, respiration courte, très-accélérée : grande oppression. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes renseignemens. La toux est fréquente, *l'expectoration nulle.* Le pouls, très-fréquent, est fort et vibrant ; la peau chaude et sèche ; la langue et les lèvres sont rouges et sèches ; trois selles liquides ; urine peu abondante et rouge. (*Saignée de douze onces. Deux sinapismes.*)

Neuvième jour, le malade est haletant ; chaque inspiration est courte, comme avortée ; il *tousse sans cracher ;* il n'en sent pas le besoin. Le pouls, aussi fréquent, a perdu de sa force ; peau sèche ; quatre selles ; même état de l'urine que la veille. (*Sinapismes. Décoction de polygala gommée.*)

Dixième jour, on entend de nouveau un peu de râle

crépitant. (*Retour du deuxième degré au premier.*) D'ailleurs, même état.

Onzième jour, la respiration est moins accélérée et un peu plus profonde. *Expectoration* toujours *nulle*, bien que la toux soit très-fréquente; râle crépitant très-sensible à la partie postérieure droite du thorax; son aussi mat. Face plus calme; langue toujours rouge et sèche; continuation du dévoiement.

Douzième, treizième et quatorzième jours, amélioration lente, mais sensible, des divers symptômes. Le malade est d'une faiblesse extrême; il n'a pas de sueur. Le dévoiement persiste. (*Une once de racine de polygala pour une pinte de décoction, avec addition de deux onces de sirop de coing. Potion tonique avec quatre grains de scille; orge.*)

Les jours suivans, la respiration devient de plus en plus libre; la toux est peu fréquente et *toujours sèche*; son mat; râle crépitant. Les traits de la face reviennent à leur état naturel; les forces se rétablissent; la langue, moins rouge, reprend son humidité; le dévoiement continue. (*Même prescription. Diascordium le soir.*)

Le dix-neuvième jour, les urines sont légèrement nuageuses. Les vingtième, vingt-unième et vingt-deuxième jours, sueurs abondantes; persistance du râle crépitant et du son mat; toux rare et *toujours sèche*. Le pouls conserve de la fréquence; le dévoiement a cessé.

Le vingt-troisième jour, il n'y a pas eu de sueur. Le frémissement naturel de la respiration commence à remplacer le râle; le malade se trouve très-bien. Enfin, le vingt-septième jour, la respiration s'entend également bien, pour la première fois, des deux côtés. La matité

du son n'existe plus; le pouls a perdu sa fréquence, et le malade sort le trente-troisième jour, parfaitement bien rétabli.

Chez cet individu l'expectoration se montra d'abord avec ses caractères accoutumés ; elle parut le troisième jour, puis augmenta de viscosité à mesure que l'inflammation du poumon fit des progrès. Mais le huitième jour, lorsque la pneumonie était à son plus haut degré, l'expectoration se supprima tout-à-coup, et ne se rétablit plus jusqu'à la terminaison de la maladie. Ici, il n'y eut pas seulement suppression de l'excrétion des crachats ; ils cessèrent réellement d'être sécrétés. La résolution de la pneumonie ne s'opéra que très-lentement ; elle parut être favorisée par des sueurs abondantes. Dès le dixième jour, à la vérité, le retour du râle crépitant annonça un commencement de résolution. Mais pendant les douze ou treize jours suivans, cette résolution ne fit aucun progrès ; la persistance du son mat, la nature du râle crépitant auquel ne se mêlait pas le bruit naturel d'expansion pulmonaire, annonçaient suffisamment que l'hépatisation prédominait encore de beaucoup sur l'engouement ; au bout de ce temps d'abondantes sueurs se manifestèrent, et ce fut seulement alors qu'on observa une résolution plus franche et plus rapide.

Les émissions sanguines furent ici beaucoup moins prodiguées que chez plusieurs des précédens malades. Une médication tonique assez active fut employée après le dixième jour. Il serait difficile de bien déterminer quelle fut son influence. Toujours est-il certain que les toniques furent administrés à une époque où il y

avait des symptômes d'irritation intestinale, et que cependant ces symptômes se dissipèrent en même temps que la résolution de la pneumonie s'opéra.

XXXIX[e] OBSERVATION.

Un homme, âgé de soixante-un ans, ressent le 6 juin 1820 un malaise général; il a des nausées continuelles; le soir même, fièvre, toux, dyspnée. Même état toute la nuit. Le lendemain, les symptômes de la veille ont pris une intensité plus grande; le malade commence à cracher. Un médecin appelé prescrit un *vomitif, un vésicatoire sur la poitrine et des boissons adoucissantes.* Beaucoup de bile fut vomie.

Le malade entre à la Charité le 10 juin. Dans la matinée du 11 (cinquième jour), il est dans l'état suivant: face pâle et abattue, anxiété générale très-grande, décubitus sur le dos; prostration; respiration très-accélérée, toux fréquente avec expectoration aqueuse et brunâtre ressemblant à du jus de pruneaux. Le bruit d'expansion pulmonaire s'entend très-bien dans tout le côté gauche. A droite, on entend en plusieurs points du râle crépitant; en d'autres points, et surtout inférieurement, on n'entend rien. Râle sibilant par intervalles. Pouls fréquent, de force médiocre, peu de chaleur à la peau. Un enduit jaunâtre très-épais couvre la langue; bouche amère; ventre souple et indolent; selles ordinaires. *Deux vésicatoires aux jambes; douze grains d'ipécacuanha.* La veille au soir, *une saignée de huit onces avait été pratiquée.*)

On porta pour diagnostic : pneumonie au premier degré, dans la partie supérieure du poumon droit; pneumonie au deuxième degré, et probablement (en raison de la nature des crachats) au troisième degré en plusieurs points vers la base de ce même poumon. La grande prostration, la dyspnée portée à un très-haut degré, et enfin la nature de l'expectoration, engagèrent M. Lerminier à établir un pronostic très-défavorable.

Le malade mourut le lendemain matin (sixième jour), à quatre heures.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit. Le lobe moyen était en partie engoué, en partie hépatisé en rouge ; les bronches, d'une couleur rouge livide très-foncée, étaient remplies par un liquide brunâtre et écumeux, semblable à la matière de l'expectoration.

Cette observation est importante, en ce qu'elle prouve que l'expectoration aqueuse, semblable à du jus de réglisse ou de pruneaux, telle que nous l'avons déjà décrite, peut se montrer dans le cours d'une pneumonie, bien que le poumon ne soit pas en suppuration, et qu'il n'y ait encore qu'hépatisation rouge. Mais ce cas, nous le répétons, nous semble exceptionnel.

Qu'est-il besoin de dire que, si le premier jour en ville on eût saigné ce malade, au lieu de le faire vomir et de lui appliquer prématurément un vésicatoire sur la poitrine, il n'eût peut-être pas succombé ?

XLe OBSERVATION.

Un menuisier, âgé de vingt-trois ans, assez fortement constitué, était atteint depuis deux mois d'une affection rhumatismale, pour laquelle il allait prendre des bains à l'hôpital Saint-Louis. Le 18 février, après s'être livré dans la journée à son travail accoutumé, il sentit, à cinq heures du soir, un frisson général, auquel succéda bientôt une chaleur brûlante; la nuit il commença à tousser. Le lendemain, il n'en alla pas moins prendre un bain; il rentra chez lui avec un frisson violent, un point de côté au-dessous du sein droit, et toussant davantage. Il resta dans cet état et garda la chambre jusqu'au lundi 22; il but de l'eau sucrée et un peu de vin. Entré à la Charité dans la soirée du 22, il fut sur-le-champ saigné. La nuit du 22 au 23, il eut pour la première fois une sueur abondante, qui persistait encore dans la matinée du 23 (cinquième jour). La poitrine percutée alors rendait un son mat à droite inférieurement. Un râle crépitant très-prononcé existait sous l'aisselle de ce côté. Inférieurement, il y avait absence complète de respiration; le malade sentait de l'oppression; ses mouvemens inspiratoires étaient précipités et courts; il toussait fréquemment et expectorait des crachats aqueux, semblables par la couleur et la consistance à du jus de pruneaux. Les espaces intercostaux du côté droit, depuis la quatrième jusqu'à la sixième ou septième côte, étaient douloureux à la pression. Pouls fréquent et plein, langue blanchâtre, constipation. (*Saignée de seize onces.*) Le sang de cette

saignée et de la précédente se couvrit d'une couenne épaisse.

Sixième jour, respiration plus libre; sueurs la nuit. Septième jour, le malade se félicitait de l'amélioration qu'il éprouvait. A droite inférieurement la matité du son était moindre, et l'on entendait du râle crépitant. La respiration, qui paraissait à peine gênée lorsque le malade était couché, s'accélérait singulièrement dès qu'il essayait de se placer sur son séant. Le point de côté n'existait plus; le pouls n'était que médiocrement fréquent; cependant les crachats conservaient leur mauvais aspect; des sueurs avaient eu lieu la nuit. Huitième jour, même état, sueurs.

Neuvième, dixième et onzième jours, l'expectoration redevint purement catarrhale. Sous l'aisselle droite le bruit naturel de la respiration avait remplacé le râle crépitant; plus bas, celui-ci s'entendait encore, mais avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire. Persistance de la fréquence du pouls; sueurs chaque nuit. (*Décoction de polygala.*) Onzième et douzième jours, le bruit d'expansion pulmonaire devint de plus en plus prédominant sur le râle crépitant. Le quatorzième jour, celui-ci ne s'entendait plus qu'en quelques points et par intervalles; une abondante diarrhée remplaça les sueurs et persista pendant les cinq ou six jours suivans. Au bout de ce temps, tout annonça une entière résolution de la pneumonie.

Ici encore, comme chez le malade précédent, la pneumonie ne dépassa certainement point le deuxième degré, bien que l'expectoration parût annoncer l'exis-

tence du troisième. Les symptômes se succédèrent d'ailleurs avec beaucoup de régularité. Lors de l'entrée du malade, il y avait simple engouement inflammatoire vers le sommet du poumon droit, et hépatisation rouge d'une partie de son lobe inférieur. Cette hépatisation revint promptement à l'engouement; mais la résolution complète de celui-ci se fit long-temps attendre; on entendit encore du râle crépitant plusieurs jours après que l'expectoration fut redevenue purement catarrhale. Les sueurs qui avaient paru en même temps que l'état du malade avait commencé à s'améliorer, furent remplacées le quatorzième jour par une abondante diarrhée. Ce flux de ventre établi spontanément hâta peut-être l'entière résolution de la pneumonie, et il pourrait être rangé avec quelque fondement au nombre des phénomènes critiques.

Peu de saignées furent ici nécessaires; immédiatement après la seconde, la résolution parut commencer, et, à dater de ce moment, la maladie fut à-peu-près abandonnée aux seules forces médicatrices de la nature. C'est dans des cas de ce genre que nous avons vu souvent l'emploi des vésicatoires hâter la résolution d'une manière notable.

XLI[e] OBSERVATION.

Un cuisinier, âgé de cinquante-six ans, d'une faible constitution, ressentit, le 5 juillet 1820, une vive douleur au-dessous du mamelon droit. Il dit avoir toussé et craché les jours suivans. Entré à la Charité dans la soirée du 10, il fut saigné. Dans la matinée du 11 (sixième jour), il était dans l'état suivant :

Respiration médiocrement accélérée ; percussion douloureuse, sans matité, dans toute la partie latérale droite du thorax. Le bruit d'expansion pulmonaire, très-fort et très-net à gauche, était remplacé à droite, en arrière et en bas, par un râle crépitant qui ne le masquait pas entièrement ; à la hauteur du scapulum, et sous la clavicule du même côté, la respiration s'entendait avec autant de force et de netteté qu'à gauche ; le pouls était fréquent et plein, la face rouge, les forces bien conservées. L'ensemble de ces symptômes ne semblait annoncer qu'une pneumonie au premier degré. Cependant nous fûmes frappés par l'aspect des crachats, qui, facilement expectorés, étaient formés par un liquide semblable à du jus de pruneaux. (*Vingt sangsues à droite; boissons et lavemens émolliens.*)

Le lendemain, septième jour, les crachats avaient pris un aspect en rapport avec les autres symptômes ; ils étaient légèrement rouillés et visqueux, tels qu'ils existent ordinairement dans le premier degré de la pneumonie. L'état du malade était d'ailleurs le même.

Huitième et neuvième jours, le bruit d'expansion pulmonaire se fait entendre d'une manière de plus en plus nette là où existait du râle crépitant ; la respiration est à peine accélérée, le pouls peu fréquent ; les crachats conservent le même aspect.

Les jours suivans, l'expectoration devient purement catarrhale. Le malade entre en convalescence.

Chez cet individu, il n'y eut pas même un commencement d'hépatisation rouge ; la pneumonie fut tellement

légère, qu'elle ne nécessita qu'une seule saignée et l'application de vingt sangsues au côté douloureux. Cependant ici encore nous observâmes l'expectoration *jus de pruneaux*. Elle ne se montra, à la vérité, qu'un seul jour, et fut ensuite remplacée par l'expectoration ordinaire du premier degré.

La méditation des trois faits d'expectoration anomale que nous venons de citer, doit suffisamment nous convaincre que dans la pneumonie l'inspection des crachats ne peut donner que des probabilités plus ou moins grandes, mais jamais une certitude entière soit sur le degré auquel est parvenue la maladie, soit sur la terminaison qu'elle doit affecter. Passons maintenant à des cas de pneumonies qui ne furent accompagnées d'aucune sorte d'expectoration caractéristique.

XLII[e] OBSERVATION.

Un homme âgé de trente ans, entré à la Charité au commencement du mois de septembre 1819, ressent tout-à-coup une douleur vive au-dessous du sein gauche. Il a une fièvre violente, respire difficilement et tousse beaucoup sans expectorer ; léger délire dans la soirée ; même état le lendemain. Nous le vîmes pour la première fois dans la matinée du troisième jour : la face était pâle et abattue, le décubitus avait lieu sur le dos, les inspirations étaient courtes et très-rapprochées. Le son était mat dans presque toute l'étendue du côté gauche de la poitrine ; la toux fréquente, l'expectoration purement catarrhale, le pouls fréquent et petit. Tout portait à

croire qu'un épanchement pleurétique s'était formé dans la plèvre gauche. (*Saignée de douze onces.*)

Même état le quatrième jour. (*Large vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*)

Le cinquième jour nous trouvâmes le malade dans un état d'anxiété extrême. Il exprimait par des cris les douleurs qu'il éprouvait; il en rapportait le siége à la région diaphragmatique. *Expectoration nulle.* Délire pendant la nuit.

Le sixième jour, les traits de la face étaient profondément altérés; le malade était haletant; il avait expectoré quelques mucosités transparentes mêlées de stries opaques, comme dans la bronchite aiguë. Mort dans la nuit du sixième au septième jour.

Ouverture du cadavre.

Aucun épanchement n'existait dans la plèvre; anciennes adhérences à gauche entre les plèvres costale et pulmonaire. La base du poumon gauche était unie au diaphragme par une couche albumineuse molle, non encore organisée. Tout le lobe inférieur de ce même poumon était en hépatisation grise, et le supérieur en hépatisation rouge. La muqueuse bronchique était d'un rouge rutilant.

A l'époque où cette observation fut recueillie, l'on ne connaissait point encore généralement la méthode de l'auscultation; sans elle il était impossible de ne pas prendre ici la pneumonie pour un épanchement; avec elle on peut même douter que la méprise eût été évitée.

En effet, le son était tellement mat, dès le premier jour où nous vîmes le malade, qu'il y a tout lieu de croire que dès-lors l'hépatisation était complète. Qu'aurait donc appris l'auscultation? Ou bien nous n'aurions entendu ni bruit respiratoire, ni râle, ni résonnance particulière de la voix, ce qui aurait pu également dépendre ou d'un épanchement considérable, ou d'une forte hépatisation; ou bien nous aurions entendu la respiration bronchique, et cette résonnance particulière de la voix qui se rapproche tantôt de l'œgophonie, tantôt de la pectoriloquie; mais ces signes présentent tant de nuances, qu'à l'exception des cas où l'œgophonie est bien tranchée, ils ne sauraient, selon nous, suffire seuls pour faire distinguer un épanchement dans la plèvre, d'une hépatisation du poumon. Il en est autrement lorsqu'on voit les malades avant que l'hépatisation ne soit encore complète; alors l'auscultation fournit de nouveaux signes qui, malgré l'absence des crachats caractéristiques, ne laissent aucun doute sur l'existence de la pneumonie. C'est ce que prouveront les observations suivantes.

XLIIIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de cinquante-deux ans, peau blanche, cheveux rouges, muscles peu développés, entra à la Charité le 21 juin 1822. Récemment arrivé à Paris, il présentait alors l'ensemble des symptômes qui constituent la fièvre bilieuse; traité par de simples boissons acidules, cet homme était en pleine convalescence au commencement du mois de juillet. Il avait contracté depuis quel

ques jours un catarrhe pulmonaire peu intense; le 6 juillet ce catarrhe s'exaspéra, et un mouvement fébrile s'établit. Le 7 et le 8, quintes de toux fréquentes et très-pénibles, avec sensation de déchirement derrière le sternum : persistance de la fièvre. (*Boissons émollientes, diète.*)

Le 9, la respiration paraissait être pour la première fois notablement accélérée, et la fièvre était intense. Cependant la sonoréité de la poitrine était conservée, les crachats étaient ceux du simple catarrhe; mais l'auscultation fit reconnaître un peu de râle crépitant avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire dans l'espace compris entre la clavicule gauche et le sein, dans le creux de l'aisselle ainsi que dans les fosses sus et sous-épineuses du même côté. Ailleurs le bruit de la respiration était fort, et sa grande netteté n'était obscurcie qu'en quelques points par un peu de râle muqueux. M. Lerminier annonça l'existence d'une inflammation au premier degré du lobe supérieur du poumon gauche. Cette inflammation semblait avoir succédé peu-à-peu à la phlegmasie des bronches. (*Vingt sangsues au-dessous de la clavicule gauche, saignée de douze onces.*) — Le sang se couvrit d'une couenne épaisse; le caillot était petit, entouré d'une sérosité abondante.

10, même état. — 11, le râle crépitant, plus prononcé, masquait entièrement le bruit d'expansion pulmonaire: la sonoréité était un peu diminuée au-dessous de la clavicule gauche. Ainsi, la phlegmasie pulmonaire avait fait des progrès; cependant *l'expectoration restait catarrhale.* (*Saignée de douze onces.*) Sang couenneux comme la première fois.

12 et 13, pas de changement notable, et en particulier rien de caractéristique dans les crachats, qui sont peu abondans et formés d'un mucus blanc et filant. (*Vésicatoires aux jambes.*)

14, on n'entend plus dans les parties indiquées correspondant au lobe supérieur du poumon gauche, qu'un râle crépitant très-faible, sans mélange de murmure inspiratoire; sous la clavicule et dans le creux de l'aisselle de ce côté, le son est mat, la respiration est notablement plus gênée que les jours précédens. *L'aspect catarrhal des crachats persiste.* Le pouls est fréquent et assez dur, la peau chaude et sèche. *Il y a commencement manifeste d'hépatisation*; on revient encore aux émissions sanguines. (*Saignée de seize onces.*)—Sang couenneux, caillot mou, se délayant dans la sérosité avec une grande facilité.

15, 16 et 17, la maladie semble rester stationnaire; *les crachats ne changent point d'aspect.* On ne donne que des boissons émollientes.

18, nouvelle exaspération, son très-mat sous la clavicule gauche. Entre cet os et le sein, et en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate, on entend, chaque fois que le malade inspire, ce bruit particulier que nous avons désigné sous le nom de respiration bronchique. Lorsqu'il parle, la voix donne une résonnance remarquable qui n'existe en aucun autre point du thorax. Cette double modification du bruit respiratoire et de la voix était tellement tranchée, que nous l'aurions volontiers attribuée à l'existence d'une excavation tuberculeuse vide, si les autres signes commémoratifs et actuels ne nous avaient d'ailleurs éloignés de cette idée. La dyspnée

était considérable. Les crachats n'étaient pas plus caractéristiques. Le pouls, très-fréquent, avait perdu sa dureté. (*Saignée de huit onces, vésicatoires aux cuisses.*) — Sang couenneux, caillot large et très-mou.

19, la respiration est tellement gênée que le malade put à peine prononcer d'une voix haletante quelques mots entrecoupés. D'ailleurs, mêmes symptômes. (*Sinapismes aux extrémités inférieures.*)

20, râle crépitant sous la clavicule droite. — 21 et 22 il persiste. A gauche, on entend toujours la respiration bronchique et la résonnance de la voix. Le malade n'expectore plus. Il succombe le 24, à la gêne toujours croissante de la respiration.

Ouverture du cadavre.

Le lobe supérieur du poumon gauche présentait un tissu rouge, compacte, se précipitant au fond de l'eau, très-facilement déchirable, paraissant formé, lorsqu'on le déchirait, d'une multitude de petites granulations rouges pressées les unes contre les autres. Le lobe supérieur du poumon droit contrastait avec les autres lobes de ce même poumon par sa couleur très-rouge, sa consistance moins grande, et l'énorme quantité de sérosité sanguinolente qui s'en écoulait par l'incision. Les autres parties du tissu pulmonaire étaient saines. Les bronches, très-rouges, étaient remplies de mucosités, qui s'y étaient accumulées depuis que l'expectoration ne se faisait plus. Il n'y avait aucune trace d'inflammation des plèvres. — Un sang noir, en partie coagulé, distendait les cavités droites du cœur. — Le foie et la rate

étaient gorgés de sang. Une forte injection sous-muqueuse colorait la surface interne de l'estomac et des intestins. Les follicules muqueux du gros intestin étaient remarquables par leur grand développement.

On n'eut pas ici besoin de l'existence des crachats caractéristiques de la pneumonie pour reconnaître cette affection. Nous avons vu peu de cas où l'auscultation ait fourni des renseignemens aussi positifs, où chaque jour, en quelque sorte, à l'aide de ces renseignemens, on ait pu suivre les progrès de la phlegmasie avec une précision telle, que le sens de la vue n'aurait pas été plus fidèle.

Avant l'emploi de la double méthode de la percussion et de l'auscultation, la dyspnée eût été le seul signe qui eût pu porter à reconnaître, ou plutôt à deviner l'existence de la pneumonie. Aussi les inflammations pulmonaires, sans expectoration caractéristique, devaient-elles le plus ordinairement échapper à l'investigation des médecins. Nous devons admirer à cet égard la grande sagacité de Stall, qui, plus d'une fois, d'après les seuls caractères de la respiration, parvint à diagnostiquer ces pneumonies latentes.

On a long-temps regardé comme un signe fâcheux, dans la pneumonie, l'absence des crachats sanguinolens. Van-Swieten (Commentaires sur Boerrhaave) établit que les pneumonies sans expectoration sont dangereuses, par les lésions organiques qu'elles laissent après elles, soit dans le poumon, soit dans un autre viscère. Cullen pensait également qu'il était très-rare de voir ces espèces de pneumonies se terminer par une franche résolution.

Ces principes semblent surtout reposer sur la théorie d'après laquelle on regardait la pneumonie comme produite par une matière morbifique fixée sur le poumon. Si d'ailleurs les deux observations que nous venons de rapporter semblent confirmer l'opinion de Van-Swieten et de Cullen, elle va se trouver infirmée par les deux observations suivantes.

XLIVe OBSERVATION.

Un homme de quarante-six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouve depuis trois semaines une vive douleur dans la partie latérale gauche du thorax, au niveau des six ou sept dernières côtes de ce côté. Elle augmente par l'inspiration et par la percussion. Le malade ne tousse pas; il n'a pas de fièvre. Cette douleur est regardée comme une simple douleur rhumatismale, et combattue par l'application de douzo sangsues sur le côté. Elle persiste; une saignée générale n'est pas plus efficace. Elle est enlevée par un vésicatoire volant. Le malade, délivré de sa douleur, se disposait à quitter l'hôpital, lorsque tout-à-coup son pouls s'accéléra, sa peau devint chaude, sa respiration courte et fréquente. En même temps, toux légère; *expectoration purement catarrhale*. Le bruit d'expansion pulmonaire était partout fort et net, excepté en arrière et à gauche où l'on entendait du râle crépitant. Percutée, la poitrine résonnait bien partout. M. Lerminier regarda comme non douteuse l'existence d'une pneumonie gaucho; il prescrivit une saignée de seize onces.

Le lendemain, même état. Le troisième jour, son un peu mat à gauche en arrière; persistance du râle crépitant. Jusqu'au neuvième jour, la poitrine percutée et auscultée fournit les mêmes signes; la fièvre, la dyspnée, la toux persistèrent. L'expectoration fut constamment celle d'une simple bronchite aiguë. Après le neuvième jour, le râle diminua, ainsi que la matité du son; le bruit de la respiration reprit peu-à-peu, à gauche en arrière, la netteté qui existe dans l'état sain, et en même temps il devint moins fort dans les autres points de la poitrine. Le rétablissement ne tarda pas à être complet.

L'absence de toute expectoration caractéristique aurait rendu impossible le diagnostic de cette pneumonie, avant l'emploi de la méthode de l'auscultation. Ici, d'ailleurs, l'inflammation pulmonaire fut assez légère; elle ne dépassa pas très-vraisemblablement le premier degré, mais elle fut remarquable par sa longue durée; après être restée stationnaire pendant plusieurs jours, elle diminua peu-à-peu, sans que sa résolution fût hâtée ou favorisée par aucun phénomène critique. Nous ferons encore remarquer le caractère de la douleur qui précéda l'invasion de la pneumonie. Dépendait-elle d'une inflammation de la plèvre? Après avoir résisté aux émissions sanguines, elle céda à l'emploi d'un vésicatoire appliqué sur l'endroit douloureux.

XLV[e] OBSERVATION.

Un jeune homme, âgé de seize ans, faiblement constitué, entra à la Charité dans le courant du mois d'avril 1821. Pendant l'hiver qui venait de s'écouler, il s'était livré à des travaux trop fatigans pour son âge et sa constitution. Il toussait depuis trois semaines. Lors de son entrée à l'hôpital, il avait une légère dyspnée et de la fièvre. A gauche en arrière, la poitrine percutée résonnait un peu moins bien qu'à droite; là aussi existait un râle crépitant très-prononcé, sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire. D'après ces signes, il était raisonnable d'admettre l'existence d'une pneumonie qui était dans le passage du premier au deuxième degré. Cependant l'expectoration *était celle du simple catarrhe.* La débile constitution du malade, l'état à-peu-près chronique de la pneumonie, et surtout le peu de gêne de la respiration, engagèrent M. Lerminier à n'employer que peu d'émissions sanguines. Le premier jour, quinze sangsues furent appliquées sur le côté gauche, et dès le lendemain on le couvrit d'un large vésicatoire qu'on fit suppurer. Le malade ne prit d'ailleurs que quelques bouillons pour toute nourriture.

Pendant les quinze jours suivans, aucun changement notable n'eut lieu; puis le son du côté gauche s'éclaircit peu-à-peu, le bruit de la respiration y redevint net, la toux cessa, la fièvre disparut, et le malade quitta l'hôpital très-bien portant, vers le milieu du mois de mai.

On trouve dans cette observation un exemple assez remarquable de ces pneumonies latentes dont l'invasion, la marche et les symptômes présentent une obscurité telle, que, sans l'auscultation et la percussion, elles seraient infailliblement méconnues. Beaucoup d'affections de poitrine, que l'on regarde souvent comme de simples catarrhes pulmonaires avec fièvre, doivent être rangées au nombre de ces espèces de pneumonies. Une telle méprise n'aurait rien de fâcheux, si plus d'une fois elle n'avait fait négliger l'emploi des moyens thérapeutiques convenables. Abandonnée à elle-même, parce qu'on en ignorait la nature, et que par suite on en méconnaissait le danger, cette forme de pneumonie a été souvent la source d'une désorganisation mortelle du poumon, de la production de tubercules dans son tissu, etc.

Il est des pneumonies latentes qui non-seulement ne sont annoncées par aucune expectoration caractéristique, mais dans lesquelles la respiration elle-même ne semble être nullement gênée. Ces pneumonies *sans expectoration et sans dyspnée* ne se montrent guères que dans le cours d'autres maladies. Nous y reviendrons à l'article des complications.

§. III. *Absence simultanée des signes fournis par l'auscultation, la percussion et l'expectoration.*

Nous n'avons observé ce cas qu'une seule fois.

XLVIe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de cinquante-un ans, entra à la Charité le 22 juillet 1822. Cet homme, sujet à s'enrhumer facilement depuis plusieurs années, et ayant quelquefois craché du sang, toussait beaucoup depuis une quinzaine de jours. Le 19 juillet, dans la matinée, il sentit une vive douleur entre le sein du côté gauche et le sternum. En même temps, fièvre, toux plus fréquente et douloureuse. Le 20 et le 21, la douleur persista, la respiration devint gênée. Etat du 22, respiration courte, accélérée; parole haletante; petite toux, presque continuelle, avec expectoration de crachats muqueux aérés. Persistance de la douleur qui se fait un peu sentir à l'épigastre; la poitrine percutée résonne bien partout; auscultée, la respiration s'entend partout avec force et netteté, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche. On regarda ce malade comme atteint d'une bronchite aiguë, compliquée de pleurésie gauche. (*Saignée de seize onces, quinze sangsues sur le point douloureux, boissons émollientes.*) — Le sang se couvrit d'une couenne.

23 (cinquième jour), la douleur pleurétique avait presque entièrement disparu; l'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignemens; l'expectora-

tion était toujours aussi insignifiante. Cependant la dyspnée avait beaucoup augmenté, la fièvre était intense. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Sixième jour, dyspnée extrême ; face pâle, gripée ; pouls tellement fréquent que les battemens peuvent à peine être comptés. D'ailleurs, absence complète de douleur; toux rare avec quelques crachats de catarrhe ; sonoréité de la poitrine conservée ; bruit respiratoire net partout, mais très-fort. Il semblait évident que ni le parenchyme pulmonaire, ni les plèvres n'étaient atteints. Une simple bronchite ne pouvait guères être considérée comme la cause d'aussi graves accidens, et surtout d'une aussi forte gêne de la respiration ; nous en avons cependant cité un exemple (chap. I, observ. XIX). En procédant par voie d'exclusion, on fut porté à croire à l'existence d'une péricardite, bien que le pouls fût d'ailleurs parfaitement régulier, et que les battemens du cœur ne présentassent rien d'insolite, hors leur extrême fréquence. (*Trente sangsues à la région précordiale, saignée de douze onces.*) Le sang se couvrit d'une couenne. — Le soir et toute la nuit le malade délira.

Septième jour, état comateux, nulle réponse aux questions. Mêmes symptômes du côté de la poitrine. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) — Dans la journée, la respiration devint stertoreuse, et le malade succomba la nuit suivante.

Ouverture du cadavre.

Vive injection du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux, avec infiltration purulente en quelques points ; ventricules latéraux distendus par une grande quantité de sérosité trouble.

Le poumon gauche présente près de sa base et autour de l'insertion des bronches, plusieurs points où son tissu est rouge, compacte, facilement déchirable. Dans le poumon droit, à-peu-près aux mêmes endroits, il y a également hépatisation rouge mêlée à un commencement d'hépatisation grise. Le sommet du poumon droit est parsemé de quelques tubercules entourés d'un tissu très-sain. Les bronches sont rouges, pleines de mucosités; des adhérences molles unissent le bord antérieur du poumon gauche à la plèvre costale. Le péricarde ne présente aucune trace d'inflammation. Rien de remarquable dans les viscères de l'abdomen.

Cette observation est curieuse par l'absence de tous les signes qui auraient pu faire reconnaître l'existence d'une pneumonie. Celle-ci était cependant bien réelle: occupant à-la-fois les deux poumons, et déjà parvenue en quelques points à son troisième degré, elle causa la grande dyspnée qu'en raison de l'absence des autres signes de pneumonie on pouvait avec quelque raison rapporter à une péricardite. Répétons ici avec Morgagni: *Adeò in medicinâ facile est per ea ipsa interdùm decipi, quæ facere videntur ad vitandas deceptiones!* (Epitr. 20, par. 30.)

ARTICLE III.

PLEURO-PNEUMONIES COMPLIQUÉES AVEC D'AUTRES AFFECTIONS.

On ne connaîtrait que bien imparfaitement la pneumonie, si on ne l'avait observée que chez des individus où cette maladie n'est compliquée d'aucune autre. Dans ce dernier cas, en effet, il arrive souvent que l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'a plus en quelque sorte la même physionomie. Survient-elle pendant le cours d'autres affections, l'époque de son invasion échappe quelquefois à l'investigation la plus attentive; elle a déjà désorganisé le poumon, avant que la gêne de la respiration ou la nature des crachats aient signalé son existence. Dans certains cas, quelques-uns de ses symptômes les plus caractéristiques perdent leur valeur; nous verrons, par exemple, dans plusieurs des observations suivantes, les signes tirés de l'état plus ou moins libre de la respiration, de la percussion, de l'auscultation, devenir tout-à-fait insignifians, en raison de certaines complications. D'autres maladies, au contraire, s'établissent-elles pendant le cours d'une pneumonie? Les symptômes de celle-ci sont souvent obscurcis, ou singulièrement modifiés; mais ces diverses complications ne doivent pas seulement être étudiées sous le rapport du diagnostic, elles sont encore importantes à connaître, soit comme aggravant plus ou moins le pronostic, soit comme augmentant singulièrement les difficultés du traitement. Nous avons déjà parlé, dans la première partie

de cet ouvrage, des pneumonies latentes qui se manifestent si souvent pendant le cours des fièvres graves, et qui en sont une des plus funestes complications. Nous ne pouvons que renvoyer sur ce point aux observations du premier volume. Ici nous citerons particulièrement des cas de pneumonies compliquées soit avec d'autres maladies du poumon, telles que bronchite chronique, tubercules, œdème, soit avec des affections du cœur, soit avec d'autres inflammations, telles que des pleurésies avec épanchement, des péricardites, des rhumatismes, des entérites, des péritonites, des varioles. Enfin nous ferons mention de quelques cas dans lesquels, sous l'influence de certains états de l'économie, de l'état scorbutique, par exemple, on observe une sorte d'engouement passif du poumon, qui peut être pris pour une pneumonie.

XLVIIe OBSERVATION.

Bronchite chronique compliquée de pneumonie.

Un fort de la halle, âgé de soixante ans, entra à l'hôpital dans le cours du mois de février 1824. Il était atteint depuis plusieurs années d'une bronchite, qu'annonçait une toux revenant par quintes avec expectoration d'un mucus puriforme très-abondant. La respiration était habituellement un peu courte; d'ailleurs cette phlegmasie chronique n'avait nullement altéré l'ensemble des fonctions nutritives. Peu de jours seulement avant d'entrer à la Charité, la toux devint beaucoup plus fréquente et plus intense, la gêne de la respiration augmenta, la fièvre s'alluma. Lorsque nous vîmes ce malade pour la première fois, nous crûmes qu'il n'y avait chez lui que

simple exaspération de la phlegmasie des bronches. En effet, l'expectoration n'annonçait pas autre chose : elle était formée par une mucosité claire, glaireuse, que sillonnaient des stries opaques. L'auscultation faisait entendre, dans tous les points de la poitrine, un râle muqueux très-fort. La sonoréité des parois thorachiques était partout égale; le pouls était très-fréquent, la peau chaude. (*Vingt sangsues de chaque côté de la poitrine.*)

Le lendemain, la respiration semblait être plus libre; le pouls était moins fréquent. Mais les jours suivans, la dyspnée reparut, et devint de plus en plus grande. La poitrine percutée cessa de résonner au-dessous de la clavicule droite et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. D'ailleurs, persistance de l'expectoration catarrhale, râle muqueux de plus en plus fort, orthopnée, état d'asphyxie et mort. Des vésicatoires avaient été appliqués sur la poitrine et aux extrémités inférieures. Le kermès et la décoction de polygala avaient été donnés à l'intérieur.

Ouverture du cadavre.

Mélange d'hépatisation rouge et grise dans le lobe supérieur du poumon droit; hépatisation rouge d'une petite portion du lobe inférieur du poumon gauche; rougeur générale des bronches, qui sont remplies de mucus. Rien de remarquable dans les autres organes.

Cette observation offre un exemple de ce qu'on aurait appelé autrefois *un catarrhe suffocant.* La cause de tous les symptômes graves et de la mort résidait dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire; mais les symptômes caractéristiques de cette phlegmasie étaient ici si

peu tranchés, que, sans la percussion, on n'aurait pu reconnaître autre chose, pendant la vie, qu'une simple bronchite. L'expectoration resta catarrhale ; le râle produit par l'accumulation des mucosités dans les bronches, empêcha de constater par l'auscultation l'état du tissu pulmonaire. Nous pourrions citer ici plusieurs autres observations de bronchites chroniques également compliquées de pneumonie, et annoncées à-peu-près par le même ensemble de symptômes. Les faits de ce genre que nous avons observés, sont assez nombreux pour que nous puissions en généraliser les résultats, et en tirer la conséquence importante, que chez les vieillards atteints de bronchite chronique, l'apparition d'une dyspnée inaccoutumée et de la fièvre reconnaissent très-souvent pour cause une inflammation plus ou moins grave du parenchyme pulmonaire. Cette inflammation, qui n'est dans bien des cas annoncée ni par les crachats, qui restent ceux du catarrhe, ni par l'auscultation, comme dans le cas actuel, ni même par la percussion, lorsque la phlegmasie est légère ou peu étendue; cette inflammation, dis-je, peut être très-facilement méconnue. Alors on est porté à regarder l'accident le plus grave, la dyspnée, comme le résultat de l'obstruction des bronches par la matière de l'expectoration ; d'après cette manière de voir, on ne s'occupe que de faciliter l'expectoration, et l'on néglige l'emploi rationnel des émissions sanguines, on en redoute même l'usage. Ici cependant, pratiquées avec la réserve qu'exigent l'âge et la force des malades, les saignées sont aussi bien indiquées, et leur efficacité est aussi grande que dans les pneumonies franches.

XLVIIIe OBSERVATION.

Tubercules pulmonaires. Pneumonie intercurrente.

Un garçon de bureau, âgé de trente-cinq ans, entra à la Charité le 7 août 1822. Cet homme, d'une faible constitution, avait eu depuis dix-huit mois de fréquentes hémoptysies. Tourmenté d'une toux habituelle, il avait perdu son embonpoint et ses forces. A l'époque de son entrée, ses crachats étaient formés de flocons verdâtres et épais suspendus au milieu d'une abondante sérosité. L'auscultation faisait entendre un léger gargouillement dans la fosse sus-épineuse droite; ailleurs le murmure inspiratoire était très-net, il n'y avait point de pectoriloquie; le pouls, sans fréquence le matin, s'accélérait chaque soir, et chaque nuit le malade suait un peu du cou et de la poitrine. On porta pour diagnostic: tubercules ramollis au sommet du poumon droit; tubercules crus disséminés dans le reste des poumons; état sain du parenchyme pulmonaire autour d'eux. Aucun changement notable ne survint jusqu'au 27 août. Ce jour-là, la respiration était plus accélérée que de coutume, et il y avait beaucoup de fièvre. Le malade accusait une assez vive douleur au-dessous du téton gauche. (*Huit sangsues furent appliquées sur le point le plus douloureux.*)

Le lendemain 28, disparition de la douleur, mais augmentation de la dyspnée; stries de sang mêlées aux crachats, qui conservent d'ailleurs les mêmes caractères.

Râle crépitant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche; fièvre intense. (*Dix sangsues sur le côté gauche.*)

29, on entend du râle crépitant dans toute la partie postérieure gauche du thorax; sous la clavicule droite râle muqueux, gargouillement. D'ailleurs même état.

30 et 31, la dyspnée augmente de plus en plus, les mêmes râles continuent à se faire entendre, sans diminution de la sonoréité des parois. (*Vésicatoire sur la poitrine.*) — 1er septembre, suppression des crachats. Mort le 2.

Ouverture du cadavre.

Excavations tuberculeuses, au nombre de trois ou quatre, dans le sommet du poumon droit, là où pendant la vie on avait entendu du gargouillement. Chacune de ces cavités, pleine d'un liquide puriforme au milieu duquel nagent de petits grumeaux de matière tuberculeuse, pouvait admettre au plus une petite noix. Dans le reste du lobe supérieur, et dans le lobe moyen du poumon droit, existait un grand nombre de tubercules crus, qu'entourait un tissu sain et crépitant. De nombreux tubercules crus existaient aussi dans le poumon gauche; le tissu de ce poumon contrastait avec le tissu du poumon droit par sa couleur rouge, la grande quantité de sérosité sanguinolente qui s'en écoulait, et la facilité avec laquelle on le déchirait. Bronches rouges. Hypertrophie légère des parois du ventricule gauche du cœur; ulcérations et tubercules dans les intestins.

Ici encore les symptômes de pneumonie furent très-

obscurs. La seule auscultation révéla l'existence de l'engorgement inflammatoire dont le poumon gauche était atteint. Les crachats ne présentèrent d'autre modification que l'apparition de quelques stries sanguinolentes qui ne suffisaient certainement pas pour caractériser une pneumonie. Il n'est nullement rare de voir des phthisiques succomber prématurément à ces sortes de pneumonies intercurrentes, qui sont trop souvent méconnues, et dont on pourrait quelquefois prévenir la terminaison funeste par des saignées plus hardiment pratiquées qu'on n'ose le faire chez les phthisiques. Il est d'ailleurs un fait que nous croyons avoir bien constaté, c'est que les phthisiques peuvent être atteints de pneumonies plus impunément en quelque sorte que les autres hommes. Toutes les fois que chez eux l'inflammation n'a pas envahi une trop grande étendue du parenchyme pulmonaire, ses symptômes disparaissent promptement, et elle est rarement mortelle; mais elle a le plus ordinairement une funeste influence sur l'accroissement des tubercules, elle hâte leur développement et favorise leur multiplication. Bien souvent aussi elle passe à l'état chronique, elle constitue alors ces indurations que l'on rencontre si fréquemment autour des cavernes, et qui ne sont pas toujours le résultat d'une infiltration de matière tuberculeuse. L'observation suivante fournira un exemple d'un ramollissement aigu de tubercules pulmonaires à la suite d'une pneumonie.

XLIXe OBSERVATION.

Tubercules pulmonaires. Pneumonie intercurrente donnant lieu à leur ramollissement aigu.

Un charcutier, âgé de vingt-huit ans, entra à la Charité dans le courant du mois de janvier 1822. Depuis trois ans il avait eu plusieurs hémoptysies, des rhumes très-fréquens, un peu d'oppression habituelle; il avait beaucoup maigri. Trois jours avant d'entrer à l'hôpital, il ressentit un point de côté à droite; les deux jours suivans, persistance de la douleur, grande dyspnée. Lorsque nous le vîmes, il présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie au premier degré : respiration courte, accélérée; toux fréquente avec expectoration de crachats visqueux, transparens et rouillés; râle crépitant dans presque toute l'étendue du poumon droit; sonoréité un peu moins grande de ce côté; fièvre, langue blanche, légère diarrhée. (*Saignée de douze onces, boissons émollientes.*) — Le sang était couenneux.

Cinquième et sixième jours, même état. Septième jour, retour des crachats à l'état catarrhal; râle crépitant mêlé en partie au bruit naturel d'expansion pulmonaire; respiration plus libre. (*Boissons émollientes, bouillons.*) Les jours suivans, le râle crépitant diminua, mais ne cessa pas entièrement. Le malade continuait à tousser, et son pouls conservait une légère fréquence. (*Un vésicatoire fut appliqué sur le côté droit du thorax.*)

Le dix-huitième jour, l'on observa au milieu des cra-

chats, qui étaient ceux d'une simple bronchite, un assez grand nombre de petits grumeaux d'un blanc mat. Etait-ce des débris de tubercules ? A dater de cette époque, la fréquence du pouls augmenta, la chaleur de la peau reparut ; l'expectoration devint puriforme, bientôt des sueurs nocturnes eurent lieu, et le malade tomba dans le marasme avec une effrayante rapidité. — Le 9 février, vingt-huit jours après l'invasion de la pneumonie, nous entendîmes un gargouillement très-fort avec pectoriloquie douteuse sous la clavicule droite et dans le creux de l'aisselle du même côté. — Du 10 au 23 février, le malade présenta l'ensemble de tous les symptômes qui caractérisent une phthisie pulmonaire au troisième degré. Il succomba le 23, quarante-deux jours après l'invasion de la pneumonie.

Ouverture du cadavre.

Vaste excavation tuberculeuse dans le sommet du poumon droit. Tubercules crus en grand nombre dans le reste de ce poumon, beaucoup moins nombreux dans le gauche. Etat sain du parenchyme pulmonaire dans leurs intervalles.

On ne peut douter que les poumons de cet individu ne continssent déjà des tubercules avant sa pneumonie ; mais ces tubercules, encore crus et peu multipliés, ne seraient peut-être devenus mortels qu'après un long espace de temps. C'est dans ces circonstances qu'une phlegmasie aiguë frappa l'un des poumons ; elle fut peu intense et céda facilement ; mais sous son influence les tubercules préexistans dans le poumon enflammé se ra-

mollirent avec rapidité; d'autres s'y formèrent, et l'impulsion une fois donnée en quelque sorte à ce travail morbifique, le malade parcourut en moins de six semaines les trois degrés de la phthisie. Remarquons encore, comme une nouvelle preuve en faveur de notre manière de voir, que dans le poumon gauche, qui n'avait point été enflammé, les tubercules furent trouvés tous crus et beaucoup moins nombreux, tels qu'ils existaient vraisemblablement dans le poumon droit, avant qu'il n'eût été atteint de phlegmasie.

Le OBSERVATION.

Pneumonie avec épanchement pleurétique du même côté.

Une femme, âgée de soixante-huit ans, entra à la Charité le 1er février 1820. Depuis cinq jours elle éprouvait au-dessous du sein gauche une douleur qui augmentait par la percussion et les mouvemens inspiratoires. La respiration était courte, accélérée; la malade toussait souvent sans cracher; la poitrine percutée résonnait bien partout, excepté à gauche en arrière, depuis le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait avec netteté, mais beaucoup plus faible que partout ailleurs; et lorsque la malade parlait, on entendait dans cette partie seulement un chevrotement particulier de la voix (œgophonie). Le pouls était fréquent et dur, la peau chaude et sèche : tout annonçait chez cette femme l'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche. (*Saignée de douze onces, quinze*

sangsues sur le côté gauche du thorax, boissons émollientes.)

2 février, respiration bronchique, et chevrotement plus considérable de la voix dans la partie où l'on suppose l'épanchement, qui paraît être augmenté. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*)

3, dyspnée beaucoup plus forte que les jours précédens; cependant, sous le rapport de l'épanchement, l'auscultation donne les mêmes renseignemens que la veille; mais dans l'espace compris entre la clavicule gauche et le sein du même côté, on entend pour la première fois un râle crépitant faible, avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire. La sonoréité n'est pas moindre dans cet endroit; les crachats conservent l'aspect catarrhal. (*Sinapismes aux jambes.*)

4, crachats de pneumonie; râle crépitant sans bruit d'expansion pulmonaire, et son un peu mat sous la clavicule gauche. En arrière et inférieurement de ce même côté, son très-mat, respiration bronchique très-forte, œgophonie. Grande dyspnée; fréquence et dureté du pouls, langue sèche. (*Saignée de huit onces, deux vésicatoires aux jambes, boissons émollientes.*)

5 et 6, le râle crépitant est remplacé au-dessous de la clavicule gauche par la respiration bronchique; dans ce même endroit le son est très-mat. En bas en arrière de ce même côté, on n'entend plus ni respiration bronchique, ni œgophonie; les crachats sont rouillés et très-visqueux. (*Looch avec quatre grains de kermès.*)

Les deux jours suivans, la dyspnée devient de plus en plus considérable, l'expectoration se supprime, la tra-

chée artère et le larynx se remplissent de mucosités, et la malade succombe dans la nuit du 8 au 9 février.

Ouverture du cadavre.

Un litre de sérosité rougeâtre est épanché dans la plèvre gauche. Cet épanchement ne s'élève pas au-dessus du niveau du lobe inférieur. Des fausses membranes s'étendant, à cette hauteur, des côtes au poumon, forment une cloison qui sépare en deux parties la cavité de la plèvre. Le lobe inférieur du poumon, vide d'air et recouvert de fausses membranes molles, est refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Le lobe supérieur de ce même poumon est rouge, compacte, entièrement imperméable à l'air. (Hépatisation rouge.) — Le poumon droit, très-adhérent aux côtes par des brides celluleuses d'ancienne formation, contient dans son sommet quelques petits tubercules ramollis. La muqueuse gastrique est rouge et molle dans plusieurs points de son étendue.

Nous avons pu suivre ici avec une assez grande précision l'accroissement successif et de l'épanchement pleurétique et de la pneumonie. Nous trouvons comme signes communs de ces deux affections le son mat et la respiration bronchique. Nous trouvons comme signes propres à la pneumonie le râle crépitant remplacé plus tard par la respiration bronchique, et surtout les crachats. Tant qu'il n'y eut qu'un simple épanchement, la dyspnée fut légère; la gêne de la respiration ne devint considérable, et la maladie ne prit un caractère réel de gravité, que

lorsque le poumon commença lui-même à s'enflammer. — Notons, comme une circonstance accessoire, l'existence de quelques tubercules pulmonaires ramollis chez un individu âgé de plus de soixante ans.

LI• OBSERVATION.

Pneumonie avec hydrothorax du côté opposé, et anévrysme du cœur.

Un terrassier, âgé de soixante ans, travaillant habituellement dans les carrières, fut atteint en 1816 d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Les deux années suivantes, il jouit d'une bonne santé. En 1819, sa respiration commença à être un peu gênée; en 1820, ses jambes s'œdématièrent; le repos fit disparaître facilement cette infiltration partielle. De 1820 à 1822, catarrhes pulmonaires très-fréquens, augmentation de la dyspnée. Le malade entra à la Charité le 16 septembre 1822; alors la respiration était courte, précipitée, la parole un peu haletante. Il toussait peu et ne crachait pas. La poitrine percutée rendait un son mat à gauche en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate, à-peu-près jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, il y avait ægophonie évidente et respiration bronchique; ailleurs le son était clair, et le bruit d'expansion pulmonaire fort et net. Le cœur s'entendait sans impulsion et avec bruit à la région précordiale, au bas du sternum, sous la clavicule gauche; le pouls, d'une petitesse remarquable, et intermittent, était sans fréquence, la peau sans chaleur. On porta pour diagnostic : dilatation des deux ventri

cules; hydrothorax symptomatique. On prescrivit *une saignée de douze onces.* Le sang n'offrit pas de couenne. —Les jours suivans, respiration plus libre; pas d'autre changement notable jusqu'au 27. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*)

Dans la nuit du 26 au 27, le malade délira. Dans la matinée du 27, il avait une loquacité inaccoutumée. L'oppression était redevenue considérable; le pouls, toujours très-petit et intermittent, avait acquis de la fréquence. (*Sinapismes aux jambes.*)

Le 28, l'intelligence avait repris toute sa netteté, mais le pouls conservait sa fréquence; les crachats étaient pour la première fois visqueux et rouillés. Du râle crépitant s'entendait à droite en arrière en quelques points. A gauche, même état. (*Saignée de huit onces.*) Le sang est couenneux.

29 et 30, mêmes symptômes du côté de la poitrine. Fréquentes alternatives de délire gai et de raison parfaite. (*Deux vésicatoires aux jambes, poudre de Dower, bourrache.*)

1er et 2 octobre, persistance de la viscosité et de la teinte rouillée des crachats; respiration courte, accélérée. Même râle crépitant sans matité du son à droite; à gauche augmentation du son mat, œgophonie moins sensible; cependant le délire était devenu permanent, le malade s'affaiblissait, les traits de la face s'altéraient; le pouls, très-petit, était à peine fréquent, et la peau sans chaleur; langue pâle et sèche; selles ordinaires. (*Décoction de polygala, sinapismes aux extrémités inférieures.*) — Mort le 3 à une heure du matin dans un état de demi-asphixie.

Ouverture du cadavre.

Un litre et demi de sérosité parfaitement limpide sans fausse membrane, sans aucune trace d'inflammation de la séreuse, était épanché dans la plèvre gauche. Le poumon de ce côté était refoulé par le liquide, mais très-sain. Des brides celluleuses anciennes unissaient les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Le poumon droit présentait, tant à sa périphérie qu'à son centre, plusieurs endroits d'un rouge beaucoup plus intense; dans ces endroits, le parenchyme, gorgé de sang, se déchirait avec la plus grande facilité et crépitait à peine. Ces pneumonies partielles, isolées les unes des autres, avaient envahi à-peu-près le quart du poumon.

Les cavités des deux ventricules du cœur étaient dilatées, et leurs parois légèrement hypertrophiées. Une petite ossification de deux ou trois lignes de long, sur une demi-ligne de large, occupait un des points du bord adhérent de la valvule nitrale. Une autre ossification de même étendue à-peu-près s'était développée à la base de l'une des valvules aortiques. L'aorte était saine, et son calibre ordinaire; de gros caillots de sang noir, semblables à de la gelée de groseille, remplissaient les cavités du cœur.

L'estomac et le reste du canal intestinal n'offraient qu'une injection sous-muqueuse peu considérable.

Une assez grande quantité de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux. Un liquide légèrement trouble distendait médiocrement les ventricules latéraux. Rien de remarquable dans les autres parties de l'encéphale.

Lorsque ce malade fut soumis pour la première fois à notre examen, il fut facile de reconnaître chez lui l'existence d'une affection organique du cœur et d'un épanchement dans la plèvre gauche. A la suite d'une large émission sanguine la dyspnée diminua notablement; puis, après quelques jours d'un état stationnaire, le pouls, jusqu'alors sans fréquence, s'accéléra tout-à-coup, la dyspnée augmenta de nouveau. La nature des crachats annonça avec certitude l'existence d'une pneumonie; le râle crépitant en indiqua le siége du côté opposé à celui de l'épanchement. Ici, d'ailleurs, l'inflammation était en quelque sorte disséminée sur plusieurs points, et consistait véritablement en une foule de pneumonies partielles séparées les unes des autres par un tissu très-sain. En même temps que se manifesta la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, l'hydro-thorax parut augmenter; c'est du moins ce que devait faire présumer la diminution de l'œgophonie. En même-temps aussi apparut du délire, dont on trouva la cause dans une inflammation de l'arachnoïde. Tant de graves complications étaient bien suffisantes pour entraîner le malade au tombeau. La pneumonie, bien que légère, fut ici, d'ailleurs, une des causes principales de mort. En effet, une dyspnée considérable devait résulter d'une très-médiocre inflammation pulmonaire chez un individu atteint d'un anévrysme du cœur et d'un hydrothorax.

Nous n'oublierons pas de remarquer que le sang de la première saignée, tiré à une époque où il n'existait point d'inflammation, ne présenta aucune couenne,

tandis qu'on en trouva une à la surface du sang qui fut tiré plus tard, lorsque le poumon était frappé de phlegmasie. Nous avons déjà vu des cas semblables.

LIIe OBSERVATION.

Pneumonie avec anévrysme du cœur.

Un marinier, âgé de quarante-huit ans, d'une très-forte constitution, présentait tous les symptômes d'une maladie organique du cœur : dyspnée augmentant par le moindre mouvement, face livide, lèvres violacées, ascite, œdème considérable des membres inférieurs et des parois thorachiques; battemens du cœur, se sentant et s'entendant dans une grande étendue; reflux du sang dans les jugulaires; pouls dur, régulier, habituellement fréquent; toux pénible, crachats épais et verdâtres. — Le treizième jour de l'entrée du malade, la respiration est plus accélérée, le pouls plus fréquent que les jours précédens; les palpitations du cœur sont plus fortes, la face est plus injectée. La percussion pratiquée ne put donner aucun renseignement exact, à cause de l'infiltration considérable des tégumens de la poitrine. On n'eut point recours à l'auscultation, qui commençait à peine à être connue. (C'était pendant le mois de septembre de 1819.)

Cet état fut regardé comme dépendant d'une exaspération momentanée de la maladie du cœur; mais le lendemain, l'expectoration, supprimée la veille, reparut avec de nouveaux caractères. Le malade avait rendu

pendant la nuit une assez grande quantité de crachats, réunis en une masse gélatiniforme, transparente, d'un jaune safrané, se détachant facilement du vase. D'après la nature de ces crachats, M. Lerminier ne balança pas à annoncer l'existence d'une pneumonie.

Les deux jours suivans, 15 et 16 septembre, même état, même expectoration. Deux saignées furent pratiquées. Jusqu'au 21 les crachats continuèrent à être visqueux et rouillés; les mêmes symptômes persistèrent. —Le 22, leur viscosité n'est plus aussi grande, ils ne sont plus que légèrement teints de sang. — Le 23 et le 24, ils repassent à l'état catarrhal; en même-temps la dyspnée diminue, les inspirations sont plus profondes et moins rapprochées; le malade n'est plus tourmenté par des palpitations aussi fortes; son état s'améliore rapidement les jours suivans, et le 28 il est revenu à la situation dans laquelle il se trouvait deux jours avant l'apparition des crachats pneumoniques.

Nous trouvons ici dans l'infiltration des parois thorachiques, qui rend la percussion impraticable, une nouvelle cause d'obscurité pour le diagnostic de la pneumonie. Dans des cas semblables, consulterons-nous, pour reconnaître l'inflammation pulmonaire, l'accélération inaccoutumée de la respiration, l'augmentation de la dyspnée, la fréquence plus grande du pouls, le malaise général plus considérable que ressent le malade? Mais ces symptômes peuvent être naturellement attribués à la recrudescence de la maladie du cœur : c'est ce que l'on observe tous les jours. L'apparition de la

toux ne peut pas fournir plus de lumières; car le catharre pulmonaire est une complication ordinaire de l'anévrysme du cœur. Les signes fournis par les crachats et par l'auscultation sont alors les seuls qui puissent apprendre que le parenchyme pulmonaire est enflammé. Mais l'auscultation seule nous semble loin d'être suffisante dans tous les cas pour révéler l'existence d'une pneumonie, pour la distinguer avec certitude, soit d'une simple bronchite, soit d'un épanchement pleurétique. L'expectoration devient donc, alors le seul signe pathognomonique; l'observation actuelle en est la preuve.

LIIIe OBSERVATION.

Pneumonie avec œdème pulmonaire et épanchement pleurétique double.

Un homme, âgé de cinquante-huit ans, fortement constitué, fut pris, le 8 août 1822, à huit heures du matin, d'un violent frisson qui, au bout d'une heure, fut suivi de chaleur, puis d'une sueur abondante. Le 9, apyrexie. Le 10, second accès semblable au premier. Le 11, apyrexie. — Le 12, le malade entra à la Charité. Nous le vîmes au commencement de son troisième accès; il sentait dans le tronc et dans les membres un froid glacial. Cependant la peau était brûlante, le pouls dur et très-fréquent. A neuf heures, la sensation de froid fut remplacée par une sensation de vive chaleur, et bientôt la sueur s'établit. Douze grains de sulfate de quinine furent prescrits pour le lendemain 13, à prendre en trois

doses, à midi, à quatre heures et à huit heures du soir. — Dans la matinée du 14, le malade ne sentit pas de frisson, mais seulement un peu de chaleur avec légère fréquence du pouls. — 15, apyrexie.

16, jour de la fièvre, à dix heures du matin, le malade sentit un léger frisson, puis il fut pris d'une vive douleur dans toute l'étendue de la partie latérale droite du thorax, depuis les dernières côtes jusqu'à l'aisselle. Cette douleur, que le moindre mouvement augmentait, ne cessa qu'à dix heures du soir. La nuit, une sueur abondante eut lieu.

Dans la matinée, forte dyspnée, parole brève, haletante; décubitus sur le dos. La douleur de la veille n'avait pas reparu; mais le malade avait expectoré trois ou quatre crachats transparens, visqueux, d'une teinte jaune verdâtre. Un râle crépitant très-prononcé s'entendait à droite, en avant et latéralement. En arrière des deux côtés, la respiration était très-forte, assez nette, mêlée en quelques points seulement, et par intervalles, de râle crépitant; il en était de même à gauche en avant. Pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, langue blanchâtre, diarrhée. (*Saignée de huit onces, boissons émollientes.*) — Le sang présenta un large caillot sans couenne.

18, un râle crépitant très-fort s'entendait dans toutes les parties de la poitrine; la percussion faisait entendre partout un son clair, excepté en bas des deux côtés, à partir de la sixième ou septième côte. Les caractères pneumoniques de l'expectoration persistaient. On compta cent dix battemens du pouls et quarante-trois respirations en une minute: la langue était sèche et pâle. (*Nou-*

velle saignée de huit onces, sinapismes aux jambes.) — Couenne verdâtre épaisse à la surface du caillot.

19, même état; le soir le malade avait encore assez de force pour se placer facilement sur son séant; mais le moindre mouvement rendait la suffocation imminente. — Le lendemain, à six heures du matin, nous le vîmes rendre le dernier soupir; il conserva jusqu'au dernier moment l'usage libre de ses facultés intellectuelles.

Ouverture du cadavre.

En incisant le tissu des deux poumons, on vit en ruisseler de toutes parts une énorme quantité de sérosité spumeuse, incolore. Partout le parenchyme pulmonaire était d'un blanc grisâtre et parfaitement crépitant, si ce n'est près de la racine du poumon droit. Dans cette dernière partie, l'on observait par plaques isolées un tissu d'un rouge livide, non crépitant, très-facilement déchirable. Ces diverses portions enflammées, réunies, auraient à peine égalé le volume d'une orange. — A gauche, depuis le niveau de la septième ou huitième côte jusqu'au diaphragme, le poumon était séparé des parois thorachiques par un liquide d'un rouge foncé dont la quantité égalait à peine un demi-litre. En haut, des fausses membranes, de formation récente, bornaient cet épanchement et unissaient le poumon aux côtes. — A droite, existait un autre épanchement, semblable au précédent sous le rapport de sa circonscription et de la quantité du liquide, mais qui en différait sous le rapport des qualités de celui-ci. C'était une sérosité trouble, comme bourbeuse, au milieu de laquelle nageaient un assez grand

nombre de flocons albumineux. — Un sang noir, coagulé, remplissait les quatre cavités du cœur, et distendait surtout l'oreillette droite.

L'estomac, resserré dans sa portion pylorique, présentait une assez vive rougeur de la muqueuse le long de la petite courbure. Blancheur de la muqueuse intestinale avec injection veineuse au-dessous d'elle, jusqu'au colon descendant. A la surface interne de ce dernier, de l'os iliaque et du rectum, apparaissait une couleur noire, disposée par plaques ou par lignes sinueuses, dans l'intervalle desquelles l'intestin était pâle. Cette couleur résidait dans la muqueuse. — La rate était remarquable par son volume et son extrême mollesse.

Les ventricules latéraux du cerveau étaient distendus par de la sérosité limpide, en quantité assez grande pour que la paroi antérieure fût soulevée et fît sentir une fluctuation manifeste.

Lorsque ce malade entra à la Charité, il était atteint d'une fièvre intermittente, exempte de toute complication grave. Le quatrième accès fut prévenu par l'administration du sulfate de quinine. Vers l'époque à laquelle aurait dû revenir le cinquième, le frisson et la douleur de côté signalèrent l'invasion de la pleurésie droite; bientôt la respiration devint gênée; du râle crépitant se fit entendre d'abord dans quelques points, puis dans la presque totalité du thorax; enfin des crachats de pneumonie apparurent. L'existence générale du râle crépitant semblait annoncer un engouement inflammatoire général des deux poumons; il n'en était rien cependant, et l'ou-

verture du cadavre démontra que ce râle dépendait d'un œdème pulmonaire. Quant à la pneumonie, elle existait aussi, mais tellement circonscrite, que, sans un examen attentif, elle aurait pu être facilement méconnue, et l'on eût regardé comme infidèles les signes fournis par l'expectoration. D'ailleurs, cette pneumonie, bornée à la racine de l'un des poumons, et n'occupant qu'un très-petit espace, ne dut avoir qu'une bien faible part dans l'augmentation toujours croissante de la dyspnée. Seule, elle n'aurait vraisemblablement donné lieu qu'aux symptômes d'une bronchite sur-aiguë; mais les accidens graves et la mort sont suffisamment expliqués et par le double épanchement pleurétique, et par l'œdème pulmonaire, qui dans ce cas exista bien évidemment plusieurs jours avant l'agonie.

Sous le rapport de l'apparition de la douleur pleurétique à l'époque où devait revenir l'accès de fièvre, cette observation présente de l'analogie avec celles qui ont été citées par M. Broussais dans son *Traité des phlegmasies chroniques*, et où l'on voit également des pleurésies et des pneumonies débuter pendant le frisson d'une fièvre intermittente.

L'intelligence, avons-nous dit, fut conservée intacte jusqu'à la mort; cependant on a dû remarquer quelle quantité considérable de sérosité remplissait les ventricules cérébraux. Dans beaucoup de cas d'hydrocéphales aiguës, l'épanchement est certainement loin d'être aussi abondant.

LIVe OBSERVATION.

Pneumonie avec péricardite.

Un imprimeur en taille-douce, âgé de vingt-quatre ans, avait eu à la Rochelle, dix mois avant son entrée à l'hôpital, une fièvre quarte, qui dura pendant six mois. Arrivé à Paris depuis quatre mois, il n'y jouit jamais d'une bonne santé. Il avait de temps en temps des accès de fièvre qui n'offraient rien de régulier dans leur type: enfin, depuis trois mois il était sujet à de fréquentes diarrhées. Dans la matinée du 9 août 1822, il ressentit au-dessous du sein droit une vive douleur, qui augmentait par la toux, le mouvement et les grandes inspirations. Le 10, cette douleur persista.

Le 11, troisième jour, nous vîmes le malade pour la première fois. La douleur n'avait pas diminué; la respiration était gênée; le malade toussait souvent, et avait commencé à expectorer depuis quelques heures des crachats visqueux et rouillés. En avant des deux côtés, la respiration s'entendait forte et nette; à droite latéralement, et en arrière un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, il y avait du râle crépitant; partout ailleurs la respiration était faible, mais nette; nulle part le son n'était mat. Le pouls était plein, très-fréquent, la peau chaude, la langue blanche, la bouche mauvaise; deux ou trois selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le malade avait beaucoup sué dans les soirées du 9 et du 10; il était très-faible, et ne se plaçait sur

son séant qu'avec beaucoup de peine. La rate se sentait au-dessous du rebord des côtes, et descendait jusque près de l'ombilic; le foie se sentait aussi dans l'hypocondre droit, dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-dessous des côtes. L'existence d'une pleuro-pneumonie était évidente ; l'absence du son mat, les signes fournis par l'auscultation, la nature des crachats, qui pouvaient se détacher du vase, annonçaient que le poumon n'était encore qu'engoué. (*Saignée de douze onces, tisanes émollientes.*)

Aucun amendement n'eut lieu après la saignée. Dans la journée le point de côté augmenta. Le soir et toute la nuit, sueur abondante.

Dans la matinée du quatrième jour, la douleur était très-vive; le malade n'avait expectoré que trois ou quatre crachats transparens, rouillés et très-visqueux. Il toussait peu; l'oppression était considérable. L'auscultation faisait entendre à droite, dans les mêmes points que la veille, un râle crépitant plus faible, sans bruit d'expansion pulmonaire; latéralement, de ce même côté, le son était un peu mat; à gauche, latéralement et inférieurement, on entendait aussi en différens points du râle crépitant. Le décubitus avait lieu sur le dos. Le pouls, très-fréquent, était plus dur, et la peau brûlante. Ainsi l'inflammation, loin de céder, s'était accrue du côté droit, et de plus elle s'était propagée au poumon gauche. Cette double phlegmasie rendait le pronostic des plus graves. (*Saignée de seize onces.*) Grande oppression toute la journée. Le soir et la nuit, sueur moins copieuse que les autres jours.

Cinquième jour, la douleur était plus vive que jamais. Le malade n'osait ni tousser, ni respirer, ni se livrer au

moindre mouvement, de peur de l'exaspérer ; elle rendait la percussion impraticable. Le râle crépitant existait dans les mêmes points que la veille, et de plus on l'entendait pour la première fois à droite, en avant, depuis la clavicule jusqu'au sein; l'expectoration n'était plus que celle du simple catarrhe. Le caillot de sang tiré la veille, petit, entouré de beaucoup de sérosité, était recouvert d'une couenne très-mince; le sang de la première saignée n'en avait pas présenté. (*Trente sangsues sur le côté droit, boissons et lavemens émolliens.*)

Le point de côté diminua pendant l'application des sangsues; le lendemain matin, sixième jour, il ne se faisait plus sentir que pendant la toux : d'ailleurs; même état. (*Vésicatoire sur le côté droit.*) Peu de temps après que nous eûmes quitté le malade, une sueur très-abondante s'établit; elle persista le jour et toute la nuit.

Dans la matinée du septième jour, la peau était encore moite; la respiration était sensiblement plus calme, la parole plus libre; le râle crépitant était mêlé des deux côtés au bruit naturel de la respiration; les crachats, épaissis, ressemblaient à ceux de la bronchite chronique; la fréquence du pouls n'avait pas diminué.

Cependant, en même temps que les symptômes de la pneumonie s'amendaient, de nouveaux accidens menaçaient de se déclarer : les idées du malade s'étaient troublées depuis la veille; l'expression des yeux annonçait le délire. Etait-ce le début d'une arachnitis ? Trente sangsues furent appliquées sur le trajet des jugulaires. L'intelligence reprit bientôt son intégrité.

Du huitième au douzième jour, l'état du malade s'améliora de plus en plus. Le râle crépitant fut peu à peu

remplacé par le bruit naturel de la respiration; mais il ne cessa pas entièrement. Le son mat disparut; en même temps les forces se rétablissaient avec une incroyable rapidité; des sueurs abondantes avaient lieu chaque soir; la toux était rare, accompagnée de crachats très-épais; le pouls conservait une médiocre fréquence; les fonctions digestives étaient constamment restées dans le même état que le jour de l'entrée.

Le douzième jour, l'abdomen et le thorax se couvrirent d'une foule de petites vésicules miliaires, transparentes, coniques, surmontant une très-petite plaque rouge. Treizième et quatorzième jours, cette éruption persista. Le quinzième, on trouva à sa place une desquammation de l'épiderme. On entendait encore un peu de râle crépitant dans divers points de la poitrine des deux côtés. Depuis quatre ou cinq jours, le malade prenait quelques bouillons et des crêmes de riz.

Dans la soirée du quinzième jour, il fut pris tout-à-coup d'une douleur déchirante à la partie inférieure du sternum; il lui semblait que sa poitrine était comme fortement serrée par un étau. Il passa la nuit dans un état d'anxiété extrême.

Dans la matinée du seizième jour, cette douleur, cette sensation de serrement, persistaient. L'oppression avait reparu plus forte que jamais; la respiration était courte, inégale, la parole haletante. Le pouls avait repris une extrême fréquence; on le déprimait facilement. Les traits de la face avaient subi une altération sensible; cependant la toux n'avait point augmenté, l'expectoration était restée celle du catarrhe; le bruit de la respiration s'entendait aussi bien que les jours précédens, il était même

plus intense. Les battemens du cœur ne présentaient rien d'insolite. On soupçonna l'invasion d'une péricardite. (*Saignée de douze onces.*) Le sang offrit une couenne épaisse.

Le lendemain, dix-septième jour de la pneumonie, et troisième jour de la péricardite, le sentiment de constriction de la poitrine n'existait plus; la douleur avait abandonné le sternum et s'était portée à la région précordiale; elle augmentait par le décubitus à gauche. La respiration était plus libre, l'anxiété générale moins vive; le pouls avait perdu sa grande fréquence.

Les jours suivans, la péricardite prit de plus en plus une marche chronique; la douleur était très-obtuse; le malade ne sentait de l'oppression que lorsqu'il se livrait à quelque grand mouvement; la fréquence du pouls était médiocre : des sueurs avaient lieu chaque nuit. Bientôt le son devint très-mat à la partie antérieure gauche du thorax, depuis le bas du sternum jusqu'un peu au-dessus de la mamelle; les forces, qui s'étaient si promptement rétablies, se perdaient de nouveau; la face était bouffie et très-pâle; le bruit respiratoire continuait à être obscurci par un peu de râle crépitant en différens points. Dans cet état, le malade voulut quitter l'hôpital; il y rentra au bout de trois jours (16 septembre), et expira deux ou trois heures après. Jusqu'à l'époque de sa mort il conserva toujours une légère diarrhée et du dégoût pour les alimens. Sa langue fut constamment blanchâtre; il ne vomit jamais.

Ouverture du cadavre.

Les poumons, gorgés de sang, étaient partout per-

méables à l'air. Dans plusieurs points, spécialement à la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit, et vers la partie moyenne du gauche, leur tissu se déchirait avec une extrême facilité.

Une demi-pinte environ d'une sérosité trouble, puis d'un pus blanc et épais, s'échappa de la cavité du péricarde : prodigieusement distendu, ce sac membraneux avait refoulé les poumons, et le cœur n'occupait plus qu'une très-petite partie de sa cavité. La surface libre de la membrane séreuse du péricarde était uniformément recouverte par une fausse membrane blanche, de deux à trois lignes d'épaisseur, présentant un grand nombre de petites aspérités assez semblables à celles de la panse des ruminans : au-dessous de cette fausse membrane la séreuse avait conservé son aspect naturel. Dans trois points de son étendue, la portion de séreuse qui recouvre le cœur en était séparée par une tumeur du volume d'une noix, offrant tous les caractères du tissu fibro-cartilagineux ; chacune de ces tumeurs avait poussé au-devant d'elle la membrane séreuse, et faisait saillie à l'intérieur de la cavité du péricarde. Le cœur ne contenait qu'une petite quantité de sang noir à moitié coagulé; sa surface interne était d'un rouge intense : cette rougeur existait aussi dans l'aorte, vide de sang, jusque vers le milieu de sa portion abdominale; là, elle diminuait, n'existait plus que par plaques, puis disparaissait entièrement un peu avant la bifurcation de l'artère.

Le foie dépassait de trois travers de doigt le bord des côtes; son tissu était d'un rouge vif, et très-dense. La rate très-volumineuse, et offrant aussi une grande densité, s'avançait jusque près de l'ombilic. L'estomac était

remarquable par sa vaste capacité ; sa surface interne présentait, dans toute l'étendue du grand cul-de-sac, une couleur brunâtre qui allait en diminuant du côté du pylore ; non loin de cet orifice elle acquérait une teinte blanchâtre légèrement rosée; partout où existait la couleur brune, la muqueuse ramollie s'enlevait en pulpe par le plus léger grattage. L'intestin grêle présentait supérieurement une teinte analogue à celle de la portion pylorique; plus bas, il était très-pâle. Le gros intestin offrait d'espace en espace une injection légère; la surface interne du colon était, en outre, parsemée d'un assez grand nombre de points noirs, situés au centre d'une légère élévation de la muqueuse, avec un cercle noir autour de cette élévation. (*Voy.* la Pl. du Ier volume.)

Un peu de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux ; les ventricules latéraux en contenaient une assez grande quantité.

Un des faits les plus importans qui doivent être remarqués dans cette observation, c'est l'état du poumon à une époque où, sans l'auscultation, qui faisait entendre en quelques points un peu de râle crépitant, on aurait pu croire que la pneumonie était entièrement résolue : le parenchyme pulmonaire était loin cependant d'être encore revenu à son état naturel. Ce cas prouve avec quelle lenteur s'opère la complète résolution des phlegmasies pulmonaires, et combien de précautions sont nécessaires dans la convalescence, soit pour éviter les rechutes, plus faciles que dans aucune autre maladie,

soit pour prévenir, chez les individus qui y sont disposés, la formation des tubercules dans les portions de tissu pulmonaire qui restent engorgées et enflammées long-temps après que tous les signes rationnels de la pneumonie ont disparu.

Le début, la marche, les progrès de la phlegmasie pulmonaire, et plus tard sa résolution, furent ici d'ailleurs annoncés par l'auscultation avec une grande précision. Cette pneumonie fut plus redoutable par son étendue, que par son intensité dans chacun des points où elle existait. Nulle part, en effet, elle ne parut guères passer le premier degré. Voilà pourquoi, après s'être manifestée par les symptômes les plus graves, elle se résolut ensuite avec assez de facilité et de promptitude. Deux saignées furent pratiquées sans que l'inflammation parût s'amender. La douleur pleurétique devint de plus en plus intense, malgré cette double émission sanguine; elle céda dès que le côté eut été couvert de sangsues. La résolution commença à s'opérer du sixième au septième jour. Fut-elle favorisée par le vésicatoire appliqué alors sur la poitrine? Ne fut-elle pas plutôt le résultat des sueurs extrêmement abondantes qui eurent lieu à cette époque?

N'oublions pas de remarquer les symptômes passagers d'irritation cérébrale qui se manifestèrent, en même temps que l'inflammation de poitrine s'amendait. Rappelons aussi l'éruption miliaire qui apparut un peu plus tard, et que les Anciens auraient rangée au nombre des phénomènes critiques. Notons enfin avec quelle incroyable promptitude les forces se relevèrent, dès que l'intensité de l'inflammation cessa de les appeler sur un seul organe.

La résolution de la pneumonie semblait à-peu-près complète, lorsque le péricardo fut à son tour frappé de phlegmasie. Nous avons vu quels phénomènes marquèrent le début de cette nouvelle maladie. Une émission sanguine ne l'enleva pas, mais en modéra les symptômes, et la fit passer à l'état chronique. La matité du son annonça, au bout de quelques jours, la formation d'un épanchement dans le péricarde. Quant aux tumeurs fibro-cartilagineuses développées entre le cœur et la séreuse, on ne peut douter qu'elles ne préexistassent à la péricardite; mais ne troublant pas sensiblement les fonctions du cœur, elles n'étaient annoncées par aucun symptôme.

Si nous ne craignions de nous écarter de notre sujet, nous aurions encore à faire ressortir, dans cette observation, l'espèce d'hypertrophie du foie et de la rate chez un individu qui avait eu long-temps une fièvre quarte; nous aurions aussi à établir un rapprochement entre les lésions trouvées dans le canal intestinal, et le trouble qu'avaient présenté les fonctions digestives.

LVe OBSERVATION.

Pneumonie avec hépatite.

Un tailleur de pierres, âgé de cinquante-un ans, entra à l'hôpital dans un tel état de faiblesse qu'on ne put avoir aucun renseignement précis sur son état antécédent. On sut seulement que depuis dix à douze jours il avait été pris de fièvre, de toux et de dyspnée; que de-

puis quatre jours sa peau s'était colorée en jaune. Le 23 juillet 1822, il présenta l'état suivant :

Respiration courte, accélérée, s'exécutant à-la-fois par l'élévation des côtes et l'abaissement du diaphragme; parole haletante; décubitus sur le dos, toux fréquente; crachats transparens, très-peu visqueux, d'une couleur aussi verte que celle de la matière résineuse de la bile. La poitrine percutée rendait un son très-mat à droite, en avant depuis la clavicule jusqu'un peu au-dessous du sein, et en arrière depuis l'épine de l'omoplate jusqu'un peu au-dessus de l'angle inférieur de cet os. Dans cette même étendue, en avant, l'on n'entendait aucune espèce de respiration ou de râle; en arrière, existait un léger râle crépitant sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire. Plus bas, la respiration s'entendait nette et forte, ainsi que dans tout le côté gauche; le pouls était fréquent et petit, la peau brûlante et sèche. Un enduit vert couvrait la langue; l'hypocondre droit, développé et douloureux, offrait à la pression une résistance plus grande que le gauche. Les évacuations alvines étaient naturelles sous le rapport de leur quantité et de leurs qualités. Les urines, peu abondantes et douloureuses au passage, étaient d'un rouge orangé très-prononcé. La face, le tronc et la partie interne des membres thoraciques étaient d'un jaune tirant un peu sur le vert.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion annonçaient l'hépatisation du lobe supérieur du poumon droit; cependant les crachats étaient à peine visqueux; leur couleur, d'un vert foncé, était entièrement différente de la teinte rouillée, jaunâtre ou verdâtre, qu'ils offrent ordinairement dans la pneumonie. La ten-

sion douloureuse de l'hypocondre droit, jointe à l'ictère, nous fit soupçonner la coexistence d'une hépatite. La grande dyspnée, l'altération profonde des traits de la face, le siége même de la phlegmasie pulmonaire, plus dangereuse lorsqu'elle existe dans les lobes supérieurs, le degré avancé de cette même phlegmasie, enfin la complication présumée de l'hépatite, rendaient le pronostic des plus graves. (*Saignée de douze onces, boissons et lavemens émolliens, diète.*) — Le sang présenta un large caillot que recouvrait une couenne dense, épaisse, d'un jaune foncé. Un morceau de papier plongé dans le sérum se teignit en jaune.

Le soir, la dyspnée était extrême; la nuit, le malade délira. — Dans la matinée du 24, il poussait des plaintes continuelles; les inspirations étaient courtes, très-rapprochées. A droite, latéralement et en avant, dans l'espace de trois ou quatre travers de doigt au-dessous du sein, là où vingt-quatre heures auparavant le bruit de la respiration nous avait paru très-net, nous entendîmes du râle crépitant; ainsi l'inflammation s'était étendue. Les crachats conservaient le même caractère, le décubitus avait toujours lieu sur le dos; les battemens artériels étaient tellement fréquens qu'ils pouvaient à peine être comptés; l'ictère était devenu général. (*Vésicatoire sur le côté droit du thorax.*)

Dans la journée, la gêne de la respiration devint de plus en plus grande; le soir, râle trachéal, extrémités froides. — Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Teinte jaune verdâtre très-prononcée de toute la sur-

face de la peau. Coloration jaune des cartilages des côtes.

Le lobe supérieur du poumon droit présentait dans toute son étendue une couleur grise jaunâtre. De son tissu facilement déchirable, et se réduisant en pulpe par la pression, s'écoulait en grande quantité un liquide purulent, qui avait également une légère teinte jaune. Débarrassé par le lavage du pus qui l'infiltrait, le tissu de ce même lobe offrait une foule de granulations rougeâtres pressées les unes contre les autres. La plus grande partie du lobe moyen présentait un mélange d'hépatisation rouge et de simple engouement. Partout ailleurs le parenchyme pulmonaire était sain ; la muqueuse bronchique droite était sensiblement plus rouge que la gauche. Une concrétion polypiforme jaunâtre, se ramifiant dans l'artère pulmonaire et dans les veines-caves, distendait les cavités droites du cœur.

Le foie dépassait de deux travers de doigt le rebord cartilagineux des fausses côtes. Il avait une couleur analogue à celle de la lie de vin ; son tissu, d'une mollesse remarquable, se réduisait par une légère pression en une pulpe rougeâtre. La vésicule du fiel ne contenait qu'une petite quantité de bile d'un jaune peu foncé ; les canaux biliaires étaient libres ; une pression légère faisait couler la bile dans le duodénum. Ce dernier intestin ne présentait pas la plus légère injection. La face interne de l'estomac était dans toute son étendue d'un blanc rosé. Le reste du canal intestinal était blanc. Près du cœcum existaient deux ou trois larges bandes de points noirs, tels que ceux que nous avons décrits. (Tom. I, pag. 175.) La rate, de volume ordinaire, était très-molle.

La dure-mère était colorée en jaune; une sérosité également jaune infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Un liquide semblable remplissait les ventricules latéraux. Plusieurs des petites veines qui rampent sur leurs parois présentaient une teinte jaune qui, n'existant que sur le trajet du vaisseau, et ne se propageant nullement à la substance cérébrale voisine, paraissait dépendre de la nature du liquide que ces vaisseaux contenaient. D'autres vénules avaient leur couleur rouge ordinaire.

Aucun liquide analogue à la bile ne fut trouvé dans le système lymphatique.

Les crachats n'annonçaient point ici le degré de l'inflammation pulmonaire. Ils étaient à peine visqueux, et leur couleur verte semblait bien, dans ce cas, dépendre du mélange de la bile et du mucus bronchique; ce qui le prouve, c'est que cette même coloration se retrouvait à la face supérieure de la langue. *La nature de l'expectoration fut donc déterminée, dans ce cas, par la maladie du foie.* Les véritables crachats bilieux sont d'ailleurs infiniment rares, et plus tard nous essaierons de prouver que les crachats auxquels on donne ordinairement ce nom, ne sont autre chose que des crachats teints d'une quantité plus ou moins considérable de sang.

Nous ne nous arrêterons pas sur d'autres circonstances de cette observation, importantes sous le rapport de l'hépatite, telles que les signes qui annoncèrent cette inflammation beaucoup plus rare qu'on ne le pense communément, le mode particulier d'altération que le foie

présenta, l'état parfaitement sain du duodénum, bien que le foie fût malade, etc.

LVIe OBSERVATION.

Pneumonie avec arachnitis et gastrite.

Un homme de trente-trois ans, ancien maréchal des logis, traînait une vie misérable depuis trois ans qu'il avait quitté le service; dans ces derniers temps il avait servi les maçons. Cependant il jouissait habituellement d'une bonne santé. Le 19 mars 1822, il travailla comme de coutume. Dans la soirée, il ressentit un malaise général, des frissons vagues qui furent remplacés par une forte chaleur. La nuit, il fut pris d'une violente douleur au-dessous du sein droit. Le 20, cette douleur persistait, le malade toussait sans expectorer. Ce jour-là, et le 21 il s'alita et but du punch chaud. Le 22, il prit un émétique, qui le fit beaucoup vomir sans le soulager. Le 24, quinze sangsues furent appliquées sur le côté droit du thorax. Le 25, le malade, entré à la Charité, fut saigné dans la soirée. A la visite du 26, il offrit l'état suivant.

Air de stupeur; commencement de prostration; décubitus sur le dos; grande dyspnée; inspirations courtes, rapprochées; parole haletante; toux fréquente; crachats rouillés, transparens, visqueux, réunis en une masse gélatiniforme qui adhère au vase; douleur au-dessous du sein droit se faisant sentir seulement par la percussion et par la toux. La poitrine percutée rend un son très-mat à droite en arrière, depuis l'épine de l'omoplate jus-

qu'aux dernières côtes, latéralement depuis le creux de l'aisselle jusqu'à l'hypocondre, et en avant depuis le niveau du sein jusqu'à ce même hypocondre. L'auscultation fait entendre à droite en arrière un bruit analogue au bruit d'un soufflet mal joint, dont on chasse l'air avec force et rapidité. (Respiration bronchique très-forte.) Ce bruit est quelquefois mêlé à du râle crépitant, qu'on entend seul en avant et latéralement dans tout l'espace où le son est mat. Immédiatement au-dessous de la clavicule du même côté, ainsi que dans la fosse sus-épineuse droite, et à gauche dans tous les points, le bruit de la respiration est très-intense et sans aucun mélange de râle ou d'autre bruit insolite. Le pouls est fréquent, très-petit, la peau chaude et aride (il n'y a jamais eu de sueur), la langue rouge et lisse. Le sang tiré la veille, est couvert d'une couenne blanche épaisse. La pneumonie semblait être déjà si avancée, la faiblesse était si grande, qu'une nouvelle ouverture de la veine ne parut pas devoir être tentée; mais M. Lerminier regardant la stupeur comme le signe d'une inflammation des meninges, fit placer dix sangsues derrière chaque oreille. Il prescrivit un vésicatoire de sept pouces de diamètre sur le côté droit de la poitrine, deux sinapismes aux jambes dans la soirée, des tisanes émollientes, et en outre seize grains de poudre de Dower à prendre le soir en deux doses, comme moyen diaphorétique. — La nuit, une sueur abondante se manifesta pour la première fois.

Dans la matinée du 27 (neuvième jour), l'air de stupeur avait augmenté, la faiblesse était plus grande. Ce n'était qu'avec une peine extrême que le malade pouvait se placer sur son séant. Les crachats étaient supprimés.

la dyspnée portée au plus haut degré, la langue brune et sèche : le pouls avait une telle fréquence, qu'on pouvait à peine en compter les battemens. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

28, dixième jour, respiration bronchique très-marquée à droite et en arrière ; latéralement et en avant on n'entendait rien, si ce n'est dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-dessus du sein où existait du râle crépitant. La sécheresse et la couleur brune de la langue persistaient. Il n'y avait pas de sueur, bien que la poudre de Dower eût été continuée. — La nuit le malade délira.

Onzième jour, trouble des idées par intervalles. D'ailleurs même état. (*Décoction de polygala.*) — Douzième jour, les yeux étaient hagards ; la tête était agitée d'un mouvement continuel de droite à gauche et de gauche à droite. Le malade paraissait un peu sourd, et ne répondait aux questions que lentement et en balbutiant. Une croûte noire épaisse couvrait la langue. La respiration était très-gênée ; la teinte livide de la face et des lèvres annonçait un commencement d'asphyxie. La respiration bronchique s'entendait avec une force extrême. — La nuit, violent délire. (*Vésicatoires aux cuisses.*)

Dans la matinée du treizième jour, la face du malade était profondément altérée ; étranger à tout ce qui l'environnait, il semblait en quelque sorte uniquement occupé à respirer. Peu de temps après la visite, il se mit à parler à haute voix, à crier, à chanter. A midi et demi on cessa de l'entendre ; il expira à une heure.

Ouverture du cadavre.

Hépatisation grise des lobes inférieur et moyen du

poumon droit. La partie inférieure du lobe supérieur de ce même poumon présentait un mélange d'hépatisation rouge et grise, mais avec prédominance de la rouge, et en quelques points un simple engouement. Enfin la partie supérieure de ce lobe, constituant le sommet du poumon, était encore parfaitement crépitante, nullement engouée. Le poumon gauche était gorgé d'une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore. Cet œdème semblait ne s'être formé que dans l'agonie. Les bronches du poumon droit étaient beaucoup plus rouges que celles du gauche. Un sang noir, coagulé, remplissait le cœur et les gros troncs qui partent de cet organe ou qui s'y rendent. Une légère excavation albumineuse recouvrait, sous forme de plaques petites et peu nombreuses, la plèvre pulmonaire du côté droit. Il n'y avait d'ailleurs aucun épanchement dans la plèvre.

La membrane muqueuse de l'estomac présentait dans sa portion splénique une vive injection sans ramollissement ni épaississement notable de son tissu. Le reste du canal digestif, non plus que les autres viscères abdominaux, ne présentait rien de remarquable.

L'extrémité antérieure des hémisphères cérébraux offrait, non loin de la grande scissure interlobaire, une exsudation albumineuse, membraniforme, placée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. On en trouva deux ou trois autres semblables, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de cinq francs, à la face inférieure du cerveau, là où il repose sur les lobes du cervelet. Les ventricules latéraux étaient assez fortement distendus par de la sérosité trouble, au-milieu de laquelle nageaient quelques petits flocons. Vidée du liquide qui la remplis-

sait, leur cavité paraissait beaucoup plus ample que dans l'état physiologique.

Cette observation nous semble surtout remarquable par la précision avec laquelle chaque groupe de symptômes peut être rapporté à la lésion d'un organe ou d'un appareil d'organes.

Nous avons vu que dans les pneumonies sans complication la langue s'éloigne à peine de son état naturel. Ici sa couleur, rouge d'abord, puis brune et noire, sa sécheresse, annonçaient une complication gastrique. Nous trouvâmes effectivement une inflammation de l'estomac. On trouva, pour expliquer le délire, une méningite bien caractérisée.

Quant à la pneumonie, son siége et son degré ne furent pas annoncés avec une moindre exactitude. Nous retrouvons ici deux des signes les plus sûrs de l'hépatisation pulmonaire, savoir, la respiration bronchique, et la modification de la voix qui l'accompagne presque constamment.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, l'inflammation du poumon était déjà à-peu-près au-dessus des ressources de l'art. L'existence simultanée de l'arachnitis et de la gastrite augmentait encore singulièrement la gravité du pronostic. De cette triple inflammation résulta l'oppression des forces, la faiblesse, l'état adynamique dans lequel était plongé le malade. Certes, les toniques étaient ici contre-indiqués; mais nous doutons que d'abondantes émissions sanguines eussent été plus utiles.

LVII OBSERVATION.

Pneumonie avec inflammation générale de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire.

Un ébéniste, âgé de trente-huit ans, cheveux blonds, peau blanche, muscles grêles, entra à la Charité le 23 avril 1822. Il avait depuis plusieurs jours un grand dévoiement; il toussait et était enroué. A la visite du 24, il présenta l'état suivant :

Faiblesse générale, déjà portée à un assez haut degré, intelligence obtuse, yeux rouges et larmoyans, coryza, langue rouge, déglutition pénible, ventre indolent, diarrhée, enrouement, respiration un peu accélérée, expectoration catarrhale, toux fréquente; le malade n'éprouve pas la moindre oppression; il ne sent et n'a jamais senti aucune douleur dans la poitrine. Le pouls est fréquent et assez dur, la peau chaude et sèche.

Il y avait évidemment ici inflammation générale, mais peu intense, de la membrane muqueuse des intestins et des poumons. Rien n'annonçait que le parenchyme pulmonaire lui-même fût atteint. On eût dit d'un individu qui était dans le prodrôme d'une scarlatine ou d'une rougeole. Une saignée de huit onces fut prescrite; le malade prit dans la journée, en deux fois, douze grains de poudre de Dower. Par l'emploi de ce diaphorétique on cherchait à favoriser le développement de l'éruption, si elle devait avoir lieu. Dans tous les cas, après avoir modéré la phlegmasie interne par une émission sanguine, on cherchait encore à l'affaiblir, en déterminant une fluxion vers la peau.

Le lendemain 25, même état; il n'y avait pas eu de sueur. (*Douze sangsues à l'anus.*) — La nuit suivante, délire.

Le 26, air de stupeur, prostration plus grande, langue rouge et collante, soif vive, ventre souple, trois ou quatre selles, voix entièrement éteinte; toux plus fréquente, respiration plus accélérée, crachats visqueux et rouillés, son mat à la partie postérieure et latérale du côté droit du thorax, dans l'étendue à-peu-près des lobes moyen et inférieur du poumon de ce côté. Dans cette même étendue, respiration bronchique, résonnance particulière de la voix. (*Trente sangsues à l'épigastre, deux vésicatoires aux jambes.*)

Dans la soirée, un délire tranquille se manifesta; le malade eut encore assez de force pour sortir seul de son lit et en faire le tour. Interrogé s'il souffrait quelque part, il indiquait, sans parler, la région sternale. Il mourut dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Le parenchyme des lobes moyen et inférieur du poumon droit était dense, imperméable à l'air; le lobe inférieur était en hépatisation grise, le moyen en hépatisation rouge. Une concrétion albumineuse, membraniforme, de formation récente, était interposée entre ces deux lobes. — Du mucus filant, placé entre les lèvres de la glotte, paraissait obstruer cette ouverture. La muqueuse du larynx et de la trachée présentait une assez grande quantité de plaques et de bandes rougeâtres. Une couleur rouge livide régnait dans toute l'étendue des bronches. — Le cœur avait un volume ordinaire; mais il

existait une hypertrophie notable des parois du ventricule gauche, avec rétrécissement de sa cavité. Les cavités droites, distendues par un sang noir liquide, contenaient en outre des caillots fibrineux blancs, intimement adhérens aux colonnes charnues.

La paroi postérieure du pharynx offrait une rougeur intense. L'œsophage était blanc. Des gaz et des liquides distendaient médiocrement l'estomac. Sa face interne était divisée en deux portions bien distinctes sous le rapport de la couleur. Toute la portion splénique présentait une teinte d'un rouge vif, qui résidait dans la muqueuse ramollie; la portion pylorique était blanche, sans ramollissement. De grosses veines remplies de sang rampaient au-dessous de la muqueuse. Cette membrane était comme tapissée par une assez grande quantité de sang brun liquide, qu'elle semblait avoir exhalé. — Les trois-quarts supérieurs de l'intestin grêle présentaient une couleur rouge qui, en plusieurs endroits, dépendait d'une injection sous-muqueuse, mais qui, en un grand nombre de points, dépendait aussi de l'injection de la muqueuse elle-même. En deux ou trois endroits, là où la membrane muqueuse paraissait être le plus vivement enflammée, elle était couverte par un liquide sanguinolent analogue à celui de l'estomac. — Le quart inférieur était blanc jusqu'à un pied environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace, existait une rougeur peu intense de la muqueuse; mais de plus apparaissaient deux élevures, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de 20 sous, faisant une saillie de deux à trois lignes au-dessus du reste de la face interne de l'intestin. Leurs bords étaient formés par la muqueuse d'un rouge li-

vide. Leur plancher se trouvant au niveau des bords, présentait une couche d'un gris brunâtre qui adhérait fortement aux parties subjacentes, et semblait constituer une véritable escarre de la membrane muqueuse. Au-dessous d'elle existait le tissu lamineux considérablement épaissi et d'un rouge brunâtre. Il y avait une grande analogie, pour la forme et la couleur, entre ces tumeurs et les anthrax de la peau. — Le gros intestin était sain. La rate, volumineuse, se déchirait par la moindre pression en une sorte de bouillie d'un noir foncé.

Les méninges qui recouvrent la convexité des hémisphères cérébraux étaient injectées; la substance cérébrale, ferme, présentait à l'incision un grand nombre de petits points rouges; les ventricules ne contenaient que quelques gouttes de sérosité.

L'ouverture du cadavre montra chez ce malade une inflammation générale de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire, ainsi que nous l'avions reconnue dès le premier jour; mais elle nous découvrit aussi une profonde altération du parenchyme pulmonaire, que nous ne reconnûmes que vingt-quatre heures avant la mort, et qui cependant existait infailliblement depuis plusieurs jours. Jusqu'avant les dernières vingt-quatre heures de l'existence du malade, il y eut si peu de symptômes de pneumonie, qu'on regarda comme inutile de le percuter et de l'ausculter : remarquable exemple d'une inflammation latente du poumon avec suppuration de son tissu! Ce n'est que par les progrès très-rapides de la pneumonie, du 25 au 26, qu'on peut expliquer pour-

quoi la dyspnée, à-peu-près nulle jusqu'alors, devint tout-à-coup si considérable. C'est aussi une circonstance bien remarquable, que l'apparition des crachats pneumoniques le dernier jour seulement. Je serais porté à croire que l'état d'infiltration purulente du lobe inférieur ne contribua en rien à la production de ces nouveaux symptômes, et qu'ils furent plutôt le résultat d'une nouvelle inflammation qui s'empara du lobe moyen, et qui fut assez aiguë pour produire très-rapidement l'hépatisation rouge de ce lobe. De là aussi l'augmentation de l'oppression, des forces, et la mort.

LVIII° OBSERVATION.

Pneumonie double avec entérite et péritonite aiguë.

Un mécanicien en fer, âgé de vingt et un ans, avait depuis douze jours une abondante diarrhée, lorsqu'il entra à la Charité le 31 décembre 1821. Le 1er janvier, céphalalgie, face rouge, langue blanchâtre, anorexie, ventre indolent, plusieurs selles liquides; pouls fréquent et plein, chaleur halitueuse de la peau. (*Saignée de douze onces.*) Le sang n'offrit pas de couënne. Du 2 au 5 janvier, disparition graduelle de la fièvre, de la diarrhée et des autres symptômes morbides. Le 5, convalescence. Le 6, tout avait changé de face; le pouls avait repris une grande fréquence; la respiration était haute, accélérée; l'auscultation faisait entendre du râle crépitant en arrière des deux côtés : était-ce l'invasion d'une double pneumonie? (*Vingt-quatre sangsues à l'anus.*)

7, l'abdomen était couvert d'une foule de petites éle-

vures ayant à peine le volume d'une tête d'épingle ordinaire, blanches, demi-transparentes, plus appréciables encore par le toucher que par la vue (sudamina). Trente nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus.

8, la face, grippée, exprimait l'anxiété et la douleur. Le malade, couché sur le dos, redoutait le moindre mouvement, de peur d'augmenter les douleurs abdominales vives qu'il ressentait depuis quelques heures : une pression un peu forte était nécessaire pour augmenter ces douleurs. La langue était humide et vermeille, le ventre tendu; aucune selle n'avait eu lieu. La respiration courte, très-accélérée, s'exécutait surtout par le soulèvement des côtes; le râle crépitant persistait en arrière des deux côtés; pouls serré, petit, médiocrement fréquent; sueur abondante toute la nuit, nombreux sudamina sur l'abdomen, la poitrine et les membres. (*Trente sangsues à l'anus, fomentations d'eau de guimauve, et embrocations d'huile de camomille sur l'abdomen; boissons et lavemens émolliens.*)

9, même état. 10, mêmes caractères de la respiration; auscultation et percussion impossibles en arrière, à cause de l'extrême difficulté des mouvemens; ventre tendu et douloureux; forte distension du colon par des gaz. (*Trente sangsues sur le ventre; deux demi-lavemens, contenant chacun une demi-once d'huile de ricin.*)

11, dyspnée de plus en plus grande, pouls très-petit et irrégulier, altération profonde des traits. (*Vésicatoires aux cuisses.*) Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre.

La partie postérieure des deux poumons ne crépitait

pas; de leur tissu, facilement déchirable et semblable au tissu de la rate, s'écoulait une grande quantité de sérosité sanguinolente.

La cavité péritonéale était remplie par un liquide d'un gris sale, au milieu duquel nageaient des flocons albumineux; des concrétions membraniformes, encore molles et récentes, unissaient les anses intestinales.

La face interne de l'estomac est blanche, ainsi que celle des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. La face interne du cinquième inférieur était parsemée d'un grand nombre de petites élevures arrondies, blanches ou rougeâtres, ayant, terme moyen, le volume d'un grain de millet, faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, aux dépens de laquelle elles étaient formées; entre ces élevures la membrane était blanche. Dans cette même portion d'intestin s'observait une plaque rouge, ovalaire, saillante d'une ligne au-dessus du reste de la muqueuse, ayant son plus grand diamètre dirigé suivant la longueur de l'intestin, offrant dans ce sens deux à trois pouces d'étendue sur un pouce et demi de large environ : sa surface était comme rugueuse et inégale; elle était uniquement formée par la muqueuse partiellement enflammée. Enfin, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt au-dessus du cæcum, apparaissaient de nombreuses ulcérations, dont le fond était formé par le tissu lamineux rouge et peu épaissi, et les bords par la muqueuse irrégulièrement découpée, et présentant une couleur noirâtre dans l'étendue d'une ligne environ autour de l'ulcère. Cette altération n'existait plus dans le cæcum, qui était blanc, ainsi que le reste du gros intestin.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il n'avait qu'une de ces entérites légères qui se dissipent ordinairement en peu de jours sous l'influence d'un traitement adoucissant. Bientôt, en effet, la diarrhée cessa, la fièvre se modéra, et tout semblait annoncer la convalescence, lorsque tout-à-coup le pouls redevint très-fréquent, la respiration s'accéléra, et du râle crépitant se fit entendre dans la partie postérieure des deux poumons. Peu de temps après, le péritoine fut à son tour frappé de phlegmasie : les symptômes de la pneumonie devinrent alors très-obcurs; il n'y avait aucune expectoration caractéristique; la toux était très-légère; la dyspnée pouvait être très-naturellement considérée comme le résultat mécanique du refoulement du diaphragme, dû à la fois et à l'épanchement péritonéal et à la distension gazeuse du colon : l'existence simultanée de l'inflammation dans les deux poumons, diminuant le son d'une manière égale des deux côtés, rendait peu certains les signes fournis par la percussion. Il ne restait donc plus que l'auscultation; mais, en raison des vives douleurs péritonéales causées par tous les changemens de position, l'auscultation elle-même ne pouvait être que bien imparfaitement pratiquée. Voilà donc un cas où tout semblait concourir à obscurcir le diagnostic de la pneumonie, et où véritablement l'on ne pouvait qu'en soupçonner l'existence : ce sont des cas semblables que l'on rencontre si souvent dans l'exercice de la médecine pratique et qui en augmentent si prodigieusement les difficultés. Qu'est-il besoin de dire qu'ici encore il n'y avait que fausse adynamie, résultat de la triple inflammation dont les poumons, le

péritoine et la muqueuse intestinale étaient le siége?

L'état que présentèrent ici les portions du poumon enflammées, nous semble devoir être considéré comme un état intermédiaire entre le simple engouement et la véritable hépatisation : sous le rapport anatomique, cet état paraît constituer le passage du premier au deuxième degré de la pneumonie.

LIXe OBSERVATION.

Pneumonie latente avec entérite.

Un domestique, âgé de vingt-sept ans, entra à la Charité le 4 avril 1822. Depuis trois semaines il avait une abondante diarrhée; le pouls était fréquent et faible, la face pâle et maigre, la langue rouge et lisse, le ventre indolent. Vingt sangsues furent appliquées à l'épigastre. Le lendemain, la langue avait perdu sa rougeur; les autres symptômes persistaient. Les jours suivans, le malade eut deux fois les sangsues à l'anus; on lui donna des boissons mucilagineuses, des lavemens émolliens. La diarrhée ne cessait pas; d'ailleurs, il n'y avait aucun symptôme de gastrite. La langue était pâle, décolorée; le pouls était petit et fréquent, sans que la peau fût chaude; le malade, dans un état de maigreur et de débilité générale, semblait comme anémique. Dans cet état de choses, M. Lerminier pensa qu'on pouvait essayer de combattre la diarrhée par l'emploi des toniques astringens. Il donna d'abord un verre de décoction de cachou, la tisane de riz acidulée avec l'eau de Rabel : aucun changement n'eut lieu, si ce n'est que de nom-

breuses pétéchies apparurent sur la poitrine et l'abdomen. M. Lerminier prescrivit alors des bols composés chacun de quatre grains d'alun et de quatre grains d'extrait de ratanhia; le nombre en fut rapidement porté de quatre à dix par jour. Le malade prenait quelques crêmes de riz, des bouillons et un peu de vin : sous l'influence de ce mode de traitement, le dévoiement diminua d'abord, puis cessa, et en même temps la face reprit un aspect plus naturel, la peau perdit un peu de sa sécheresse et reprit une meilleure coloration; il semblait qu'on ne devait plus s'occuper qu'à nourrir le malade et à lui rendre en quelque sorte du sang, lorsqu'au commencement du mois de mai la fièvre se ralluma, et la face prit en quelques heures un aspect cadavérique. Quelle était la cause de cette rechute? Elle ne semblait point être dans les intestins, car la langue conservait son aspect naturel, le ventre restait souple et indolent; le dévoiement n'avait pas reparu : il n'y avait d'ailleurs ni toux, ni aucune apparence de dyspnée. Cependant nous percutâmes la poitrine, et nous trouvâmes un son un peu mat à droite en arrière, dans toute l'étendue à-peu-près des lobes moyen et inférieur; dans cette même étendue nous entendîmes du râle crépitant, sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire. Ainsi l'on ne pouvait révoquer en doute l'existence d'une pneumonie. Le malade était encore tellement faible et anémique, que M. Lerminier ne pensa pas qu'il fût convenable d'ouvrir la veine : il prescrivit l'application de vingt sangsues sur le côté droit du thorax et de deux vésicatoires aux cuisses. Les deux jours suivans, persistance de la fièvre, altération de plus en plus grande des traits de la face, augmentation

du son mat, disparition presque complète du râle crépitant, que ne remplace aucun bruit respiratoire : d'ailleurs, pas de dyspnée, de toux, ni d'expectoration. (*Vésicatoire sur le côté droit du thorax.*) Mort le quatrième jour de la rechute.

Ouverture du cadavre.

Une partie du lobe inférieur du poumon droit offrait un mélange d'hépatisation rouge et grise ; une autre partie de ce lobe, rouge et se réduisant en pulpe par la pression, présentait un aspect assez analogue à celui de certaines rates très-molles. Le reste du parenchyme pulmonaire paraissait sain.

La surface interne de l'estomac était blanche, sa membrane muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires ; l'intestin grêle ne présentait aucune altération sensible, jusque dans l'étendue d'un pied environ au-dessus de la valvule. Dans ce dernier espace, la muqueuse avait une couleur brunâtre qui existait aussi dans le cœcum ; dans le colon, on trouvait plusieurs ulcérations blanches, à peine capables d'admettre un petit pois, avec blancheur de la membrane autour d'elles.

Cette observation est surtout remarquable par l'absence complète des signes rationnels qui auraient pu faire soupçonner la pneumonie. Il n'y eut ni dyspnée, ni toux, ni expectoration ; cependant l'inflammation était très intense, et sa marche parut être rapide. Nul doute, d'ailleurs, que cette pneumonie n'ait été la cause de la rechute et de la mort survenue chez un individu

déjà profondément affaibli ; elle sembla l'entraîner au tombeau, en concentrant sur le poumon le peu de forces que possédait encore l'économie : de là, prostration portée tout-à-coup au dernier degré.

Si, non contens de la simple observation des faits, nous voulions nous élever à leur cause physiologique, ne pourrions-nous pas chercher à expliquer, dans ce cas, l'absence si remarquable de la dyspnée par la très-petite quantité de sang qui, dans l'état d'anémie où se trouvait le malade, devait être soumis dans un temps donné au contact de l'air.

Envisagée maintenant sous d'autres points de vue, soit sous le rapport de l'ensemble des phénomènes généraux et locaux qui précédèrent l'apparition de la pneumonie, soit sous le rapport du mode de traitement qui fut employé avec succès contre la diarrhée, soit enfin sous le rapport de l'état dans lequel on trouva le canal intestinal, cette observation nous semble digne du plus haut intérêt ; elle nous semble propre à éclaircir plusieurs points de doctrine, que ce n'est point ici le lieu de développer.

LXe OBSERVATION.

Pneumonie au début de la variole, disparaissant à mesure que l'éruption s'établit.

Un homme de vingt-deux ans ressentit, le 23 septembre 1822, des étourdissemens et une vive douleur à la région lombaire : il vomit. Le 24, toux fréquente, dyspnée. Entré à la Charité dans la soirée, il fut saigné. Une couenne mince recouvrit le caillot. Dans la matinée

du 25, la respiration était haute, accélérée, les crachats visqueux, rouillés, transparens; la poitrine, percutée, résonnait généralement assez mal; le bruit naturel d'expansion pulmonaire était masqué en un grand nombre de points par du râle crépitant. Pouls fréquent et plein, peau chaude, langue humide et blanchâtre, selles ordinaires, face rouge, persistance des étourdissemens. Nous regardâmes ce malade comme atteint d'une double pneumonie encore peu intense. (*Saignée de douze onces, sinapismes le soir, tisane d'orge.*) La saignée offrit une couenne plus épaisse que la première.

26, troisième jour, la gêne de la respiration avait augmenté, le râle crépitant était plus fort et plus général, les crachats présentaient le même aspect. La face, toujours rouge, offrait un air d'anxiété très-remarquable; il y avait beaucoup de fièvre, les voies digestives paraissaient être à-peu-près intactes. Ainsi, depuis vingt-quatre heures, l'inflammation pulmonaire s'était notablement accrue; et pour peu qu'elle augmentât encore, on pouvait craindre qu'elle ne fût rapidement funeste en raison de son étendue. (*Saignée de huit onces, deux vésicatoires aux jambes.*)

Dans la matinée du 27, même état. — Dans la soirée, éruption simultanée à la face, sur la poitrine et sur les bras, de boutons très-petits, rouges et coniques. — Le lendemain matin, ces boutons étaient plus gros et plus nombreux. — Depuis leur apparition, la respiration était devenue plus libre, les crachats avaient repassé à l'état catarrhal. Le bruit naturel d'expansion pulmonaire avait remplacé presque partout le râle crépitant: la poitrine était plus sonore. — Les jours suivans, sous la

seule influence de la diète et de simples boissons mucilagineuses, l'éruption varioleuse se développa avec régularité, et tous les symptômes de pneumonie disparurent.

L'ensemble des symptômes qui marquèrent le début de cette maladie annonçait une fièvre inflammatoire; mais bientôt apparurent les signes d'une phlegmasie locale, d'une pneumonie. Celle-ci semblait être plus grave par son étendue, que par son intensité dans chacun des points qu'elle occupait. Plusieurs émissions sanguines n'en arrêtèrent pas les progrès. Un fâcheux pronostic était déjà porté, lorsque les symptômes de cette phlegmasie disparurent comme par enchantement, en même temps que l'éruption varioleuse commença à s'effectuer. Cette éruption fut dans ce cas véritablement critique. Au reste, de pareils faits ne sont rien moins que rares. Qui ne sait que le début des fièvres exanthématiques est souvent marqué par des signes d'arachnitis, de pneumonie, de gastrite, etc., qui cessent avec une merveilleuse facilité, dès que l'éruption commence à paraître?

Souvent aussi la pneumonie se manifeste pendant le cours de la variole, et elle en est sans contredit une des plus funestes complications. Mais tantôt elle est annoncée par ses symptômes caractéristiques, et alors elle peut être combattue avec succès par un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique. Tantôt, plus dangereuse, elle est complètement latente; souvent alors elle a déjà désorganisé le tissu pulmonaire, avant qu'on se soit même aperçu de son existence. Dans le plus grand nombre des cas elle s'oppose au libre dévelop-

pement de l'éruption cutanée, et est une des causes fréquentes de ces varioles irrégulières, ordinairement mortelles, que les Anciens désignaient sous le nom de varioles malignes. De-là, l'importance du précepte de percuter et d'ausculter souvent la poitrine chez les varioleux, lors même que leur respiration paraît le plus complètement libre. Toutes les fois, d'ailleurs, que cette double méthode révèle l'existence d'une inflammation pulmonaire, il ne faut pas hésiter à recourir franchement et abondamment aux émissions sanguines, seul moyen de modérer la phlegmasie interne, et par suite de favoriser l'éruption.

LXIe OBSERVATION.

Pneumonie avec rhumatisme articulaire.

Un bonnetier, âgé de vingt-cinq ans, était atteint depuis quinze jours environ de douleurs rhumatismales, lorsqu'il entra à la Charité dans le cours du mois de décembre 1822. Ces douleurs, après avoir parcouru successivement les articulations de l'épaule, du poignet et du coude, étaient alors fixées aux deux genoux, qui étaient rouges et tuméfiés. Il y avait beaucoup de fièvre. Deux saignées furent pratiquées; la rougeur disparut, le gonflement diminua, mais la douleur persistait encore avec beaucoup d'intensité, lorsque dans la journée du 16 décembre elle disparut tout-à-coup, et en même-temps le malade fut pris d'une oppression considérable. Le soir même, des sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures. Le lendemain matin, la douleur

rhumatismale n'avait pas reparu : le malade, à demi assis dans son lit, disait qu'il étouffait. Les mouvemens inspiratoires, courts et très-accélérés, s'exécutaient à-la-fois par une forte élévation des côtes et par l'abaissement du diaphragme. La toux était rare et sèche ; la poitrine percutée résonnait bien partout ; auscultée, la respiration s'entendait partout nette, mais très-forte. Le pouls était très-fréquent et plein, la peau brûlante et sèche. Rien de notable du côté des voies digestives.

Deux phénomènes principaux fixaient ici notre attention : d'une part, la disparition subite du rhumatisme ; et, d'autre part, la dyspnée considérable, avec fièvre intense, qui avait immédiatement suivi cette disparition. Quant à la cause de la dyspnée, résidait-elle dans une pneumonie centrale ? dépendait-elle d'une péricardite commençante? était-elle purement nerveuse? Nous étions réduits à n'émettre à cet égard que des conjectures plus ou moins probables. Quelle que fût d'ailleurs cette cause, les indications thérapeutiques n'étaient pas équivoques. Des cataplasmes sinapisés furent appliqués autour des genoux, une saignée de douze onces fut pratiquée.

Le lendemain, troisième jour de l'invasion de la dyspnée, aucun amendement n'avait eu lieu ; mais la teinte rouillée et la viscosité des crachats révélaient l'existence d'une pneumonie. Cependant la percussion et l'auscultation n'apprenaient rien de plus que la veille. Ainsi l'inflammation était bornée à une portion de la racine ou du centre des poumons. Mais si le peu d'étendue de cette pneumonie semblait être une circonstance favorable, la gêne extrême de la respiration rendait le pro-

nostic très-grave. (*Saignée de douze onces, deux vésicatoires aux jambes, seize grains de poudre de Dower en deux doses, boissons et lavemens émolliens.*)

Quatrième jour, râle crépitant dans la fosse sous épineuse droite, et au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche; du reste, même état. La pneumonie s'était donc étendue. (*Saignée de huit onces.*)

Cinquième et sixième jours, pas de changement sous le rapport du râle, des crachats et de la dyspnée. La grande fréquence du pouls persiste. La nuit, le malade délire. (*Sinapismes aux jambes, vingt-quatre sangsues sur la poitrine le sixième jour.*)

Dans la matinée du septième jour, l'intelligence n'était pas nette, la face exprimait la stupeur, la langue était sèche et rouge; mêmes symptômes du côté de la poitrine. (*Douze sangsues sur le trajet de chaque jugulaire, deux vésicatoires aux cuisses.*) — Dans la journée, l'intelligence reprit sa netteté, la langue s'humecta. Vers le soir, la peau, sèche jusqu'alors, se couvrit d'une sueur abondante qui persista toute la nuit. — Dans la matinée du huitième jour, une amélioration notable avait eu lieu; la respiration surtout était devenue beaucoup plus libre, les crachats avaient perdu une grande partie de leur viscosité et de leur teinte rouillée. Le pouls conservait sa grande fréquence. On ne voulut point examiner la poitrine, de peur d'arrêter la sueur, qui était encore très-abondante. (*Boissons émollientes.*) La sueur cessa dans la soirée.

Le neuvième jour, respiration calme, expectoration catarrhale; pouls moins fréquent, douce chaleur de la peau; très-léger râle avec mélange du bruit d'expansion

pulmonaire dans la fosse sous-épineuse droite. Ce râle ne cesse entièrement qu'au bout de trois ou quatre jours; le pouls ne revient tout-à-fait à son rhythme naturel que lorsque toute espèce de râle a cessé. D'ailleurs le malade est très-bien, et il ne tarde pas à quitter l'hôpital sans avoir ressenti ses douleurs rhumatismales.

L'invasion de la pneumonie coïncida ici d'une manière frappante avec la disparition subite du rhumatisme. C'est ce qu'on appelait autrefois une métastase, et ce qu'on expliquait par le transport de l'humeur rhumatismale sur la poitrine. On s'en rend compte aujourd'hui par le déplacement de l'irritation. Quoi qu'il en soit, la cause de la grande dyspnée qui suivit la disparition du rhumatisme, resta d'abord très-obscure; ce ne fut que plus tard que la nature des crachats, puis l'existence du râle crépitant, annoncèrent une inflammation du parenchyme pulmonaire. Nous verrons plus bas des phlegmasies de la plèvre et du péricarde suivre également la disparition brusque d'une affection rhumatismale.

Cette pneumonie parut se juger vers le huitième jour par une sueur critique, sans retour des douleurs articulaires.

LXIIe OBSERVATION.

Congestion sanguine pulmonaire, simulant une pneumonie, chez un scorbutique.

Un écrivain public, âgé de cinquante-cinq ans, entra à la Charité le 19 novembre 1822. En proie à la misère et aux chagrins, cet homme se nourrissait habituelle-

ment mal ; il habitait une chambre humide et basse dans une petite rue du faubourg Saint-Marcel. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, nous fûmes frappés par la pâleur en quelque sorte cadavérique de toute sa peau, et de la face en particulier. De ses gencives, molles et boursoufllées, s'écoulait, par la pression la plus légère, un sang clair et séreux; l'haleine était fétide; de larges taches scorbutiques couvraient les membres inférieurs, légèrement œdématiés autour des malléoles. Dès que le malade marchait un peu vîte, il s'essoufllait facilement : les poumons et le cœur semblaient être d'ailleurs exempts de lésion; les fonctions digestives étaient intactes. On prescrivit le vin de quinquina, la tisane de raifort, des frictions aromatiques sur les membres. Pendant les douze ou quinze jours suivans, l'état du malade sembla s'améliorer un peu, et il quitta l'hôpital. Il y rentra trois jours après avec de la fièvre et une abondante diarrhée. Les évacuations alvines étaient en grande partie composées d'un sang liquide; il n'y avait d'ailleurs ni colique, ni ténesme. Après quarante-huit heures de diète, ce flux de ventre s'arrêta, et le mouvement fébrile cessa; mais, à dater de ce moment, les taches scorbutiques devinrent plus nombreuses et plus étendues, l'appétit se perdit entièrement, la fétidité de l'haleine était insupportable; enfin, la respiration, calme jusqu'alors, s'accéléra, et en même temps le pouls reprit de la fréquence, sans que la température de la peau s'élevât. Le malade expectorait, en toussant, des crachats aqueux, rougeâtres, se rapprochant assez des crachats jus de pruneaux du troisième degré de la pneumonie. En auscultant la poitrine, on entendait en arrière, des deux

côtés, du râle crépitant mêlé au bruit naturel d'expansion pulmonaire; en avant, celui-ci était net, mais faible. M. Lerminier ne pensant pas que des émissions sanguines fussent ici convenables, combattit l'affection pulmonaire par l'application de deux vésicatoires aux cuisses; il prescrivit la tisane de polygala. Les cinq ou six jours suivans, les mêmes symptômes persistèrent. (*Vésicatoire sur la poitrine, tisane de polygala, looch avec addition de trois grains de kermès.*) Cependant la respiration devint de plus en plus gênée, les évacuations alvines sanguinolentes reparurent, et le malade succomba. Dans les derniers temps, le genou gauche était devenu enflé et douloureux.

Ouverture du cadavre.

Le tissu pulmonaire crépitait peu généralement, surtout en arrière : il était d'une couleur brune, d'une pesanteur remarquable; une énorme quantité de sang en ruisselait de toutes parts lorsqu'on l'incisait. Les cavités du cœur ne contenaient qu'un peu de sang liquide; l'aorte était vide.

La face interne de l'estomac et de l'intestin grêle présentaient plusieurs plaques rouges, résultat de l'infiltration sanguine du tissu sous-muqueux; la face interne du gros intestin était colorée par le sang qui le remplissait. Par la macération, sa rougeur uniforme disparaissait, et l'on trouvait à sa place une assez vive injection, qui existait à la fois et dans le tissu cellulaire sous-muqueux et dans la muqueuse elle-même. La rate était remarquable par son volume et sa grande mollesse.

Nous fûmes curieux d'examiner l'articulation du genou gauche ; nous la trouvâmes remplie d'un sang noir liquide. Les taches scorbutiques avaient leur siége dans l'épaisseur même du derme.

On voit rarement à Paris des exemples d'une affection scorbutique portée à un si haut degré. N'envisageant spécialement ce cas que sous le rapport du sujet qui nous occupe, nous ferons remarquer l'état particulier qui fut présenté par les poumons : ce n'était point certainement une inflammation, c'était une congestion sanguine passive, analogue à celle qui existait dans le derme, dans le tissu des gencives, sous la membrane muqueuse gastro-intestinale, dans le tissu de la rate, dans la synoviale du genou. Cette congestion pulmonaire détermina pendant la vie la plupart des symptômes qui caractérisent une pneumonie : son augmentation progressive fut la principale cause de la mort. Qu'eussent produit dans un pareil cas les émissions sanguines ? Très-probablement elles auraient hâté le terme fatal. Quel genre de médication fallait-il employer ? Peut-être, à l'époque de l'entrée du malade, eût-il été possible de le guérir par l'emploi des différens toniques plus particulièrement connus sous le nom d'antiscorbutiques, si leur efficacité eût pu être secondée et par un régime convenable, et par un ensemble de soins hygiéniques qui ne peuvent exister dans un hôpital ; mais, une fois que la congestion pulmonaire commença à avoir lieu, la maladie devint, je crois, au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Du reste, tous ceux qui ont observé des épidémies de scorbut ont remarqué l'espèce de congestion fatale dont le poumon devient souvent le siége dans un degré avancé de la maladie. La poitrine, a dit Lind, est toujours plus ou moins affectée dans la dernière période du scorbut. Huxham a particulièment insisté sur le danger des fortes saignées dans les cas de ce genre.

ARTICLE IV.

TERMINAISON DE LA PLEURO-PNEUMONIE PAR GANGRÈNE.

LXIIIe OBSERVATION.

Un joueur d'orgue, âgé de vingt-huit ans, but le 25 août 1822 une grande quantité d'eau très-froide, tandis qu'il était en sueur. Celle-ci se supprima : peu d'heures après il fut pris de frisson, et le soir même il ressentit au-dessous du sein droit une vive douleur qui devint déchirante pendant la nuit. En même temps, oppression, toux sèche; persistance de ces symptômes le 26 et le 27. Le 27, quatrième jour, saignée; diminution de la douleur, apparition de crachats sanguinolens. Cinquième jour, deuxième saignée. Sixième, septième et huitième jours, persistance des crachats rouillés, toux fréquente, oppression, fièvre. Les neuf jours suivans, même état; le malade se contente de garder le repos et la diète. Tel fut le récit qu'il nous fit. Il entra à la Charité le 9 septembre, seize jours après l'invasion de la pneumonie. Le lendemain matin il présenta l'état suivant :

La face était pâle, comme plombée, la faiblesse et la maigreur portées à un haut degré : on l'eût pris pour un individu épuisé par une ancienne suppuration. Il n'existait plus aucune trace du point de côté. Le malade se plaignait de respirer difficilement; il était couché à plat sur le dos, un peu incliné du côté droit; il toussait souvent, et expectorait un liquide d'un rouge brunâtre, assez semblable aux crachats jus de pruneaux du troisième degré de la pneumonie. La poitrine percutée ne résonnait point à droite en arrière et latéralement; dans cette même étendue on n'entendait ni respiration, ni râle. Pouls fréquent, sans chaleur à la peau; fonctions digestives intactes. M. Lerminier annonça l'existence d'une pneumonie au troisième degré. (*Large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, looch kermétisé, douze grains de poudre de Dower en quatre paquets, tisane de bourrache.*)

Dix-huitième et dix-neuvième jours, sueurs abondantes, résultat probable de l'administration de la poudre de Dower. Vingtième jour, suppression de la poudre de Dower; pas de sueur, expectoration catarrhale; d'ailleurs, même état.

Dans la matinée du vingt-unième jour, les crachats rendus pendant la nuit nous parurent exhaler une odeur un peu fétide. — Dans la journée, l'expectoration changea notablement de caractère : elle était formée par un liquide d'un gris verdâtre sale, d'une repoussante fétidité. — Le lendemain matin, la matité du côté droit avait diminué, et là où la veille encore la respiration était nulle, nous entendîmes un gargouillement très-prononcé. Dès-lors on dut penser, ou bien qu'un épan-

chement purulent formé dans la plèvre s'était vidé à travers les bronches, ou bien, ce qui était plus probable, qu'une communication s'était établie entre l'un de ces conduits et une cavité ulcéreuse, suite d'une gangrène du poumon.

Les jours suivans, l'augmentation de la fétidité des crachats, leur couleur de plus en plus caractéristique, nous parurent annoncer d'une manière non douteuse la gangrène pulmonaire. (*Décoction de polygala, pilules de Morton, sirop de baume de Tolu.*) — Dès ce moment le malade dépérit avec une effrayante rapidité; la face avait un aspect cadavérique; une atmosphère infecte existait autour de lui; il conservait toujours le même décubitus sur le dos, avec légère inclinaison à droite. Dès qu'il se soulevait un peu, les crachats affluaient dans la trachée-artère avec une telle abondance, qu'une suffocation imminente en était le résultat. Des sueurs continuelles, qui furent vainement combattues d'abord par des préparations de quinquina, puis par l'acétate de plomb, étaient pour ce malheureux une nouvelle source d'épuisement. A dater du 26 septembre (trente-troisième jour), une diarrhée abondante se déclara (plus de vingt selles aqueuses, sans colique, en vingt-quatre heures). Suppression de la tisane de polygala et des pilules de Morton. (*Tisane de riz avec le sirop de coing, décoction blanche.*) Cette diarrhée persista jusqu'à la mort.

Le 5 octobre (quarante-deuxième jour), face cadavérique, dyspnée extrême, quelques stries sanguinolentes mêlées aux crachats ordinaires. — Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Le lobe inférieur du poumon droit était creusé par une vaste cavité à parois rugueuses et brunâtres, d'où s'exhalait une odeur infecte, gangréneuse. Une masse pultacée, demi-fluide, d'un gris verdâtre sale, la remplissait ; de larges tuyaux bronchiques s'y ouvraient ; elle n'était séparée des côtes que par une portion très-mince de tissu pulmonaire. Autour de cette cavité, qui aurait pu admettre une orange, le parenchyme des lobes inférieur et moyen présentait un mélange d'hépatisation rouge et grise. La partie postérieure du lobe supérieur du poumon gauche offrait une couleur rouge, qui contrastait avec la teinte pâle du reste de ce poumon, un tissu facilement déchirable, à peine perméable à l'air. (Passage de l'engouement à l'hépatisation rouge.)

L'estomac était très-pâle, ainsi que le reste du tube digestif, ouvert et examiné avec soin dans toute son étendue.

Cette observation diffère de la plupart des observations de gangrène du poumon, publiées jusqu'à ce jour, en ce qu'ici la gangrène a évidemment succédé à une inflammation pulmonaire. C'est un véritable cas de terminaison de pneumonie par gangrène. La nature des symptômes, l'état du poumon autour de l'ulcère le prouvent également. L'époque à laquelle la portion de poumon enflammée commença à se gangréner, ne peut être précisée ; mais nous fûmes avertis, par la nature de l'expectoration, du moment où une communication

s'établit entre les bronches et la partie gangrénée. Lorsque le malade mourut, il y avait déjà séparation complète de l'escarre, et formation d'une cavité ulcéreuse autour de celle-ci. L'observation n'a point encore démontré, si, après l'évacuation complète des parties mortes, les parois de l'ulcère ne peuvent pas se rapprocher, la cicatrisation s'opérer, et la santé se rétablir.

La mort fut vraisemblablement hâtée chez notre malade par la phlegmasie du poumon gauche, qui était récente, et de laquelle dépendaient sans doute les stries sanguinolentes qui apparurent dans les crachats peu de temps avant la mort.

Nous noterons encore ici la couleur blanche de la muqueuse intestinale, chez un individu atteint d'une abondante diarrhée. (*Voy.* sur ce sujet, tom. I, p. 425.)

LXIVe OBSERVATION.

Un terrassier, âgé de vingt-un ans, ressentit, il y a dix-huit mois, une douleur au-dessous du sein gauche. En même temps, oppression, toux avec crachats sanguinolens. Il fut saigné, et un vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche du thorax. Depuis ce temps, la respiration est restée courte et la toux a persisté. Cependant le malade a continué à se livrer à ses pénibles occupations. Trois semaines seulement avant d'entrer à la Charité, il a eu une hémoptysie assez abondante, et depuis cette époque il a cessé de travailler. Le 3 juillet 1824 il présenta l'état suivant.

Son mat dans toute l'étendue du côté gauche du tho-

rax, tant en avant qu'en arrière. Un peu au-dessous du niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, on entend un râle muqueux qui se rapproche du gargouillement des cavernes; dans ce même point on entend par intervalles la respiration bronchique et une très-forte résonnance de la voix. Ailleurs, de ce même côté, on n'entend rien autre chose que différentes variétés du râle bronchique, telles que nous les avons déjà si souvent indiquées. A droite, conservation de la sonoréité des parois, bruit d'expansion pulmonaire fort et net, si ce n'est en quelques points, où l'on entend un peu de râle bronchique. La parole est libre, la respiration ne paraît pas sensiblement gênée; l'haleine est fétide; les crachats sont très-abondans, formés par un liquide purulent d'un blanc verdâtre, s'écoulant en nappe, et exhalant une odeur fade désagréable. Décubitus à plat sur le dos, également possible à droite et à gauche. — Pouls de fréquence médiocre, sans chaleur à la peau; le soir, malaise, sensation d'ardeur générale sans frisson initial, sueur la nuit. Pas de trouble appréciable des fonctions digestives. Forces assez bien conservées; embonpoint de la face; maigreur du reste du corps. (*Pilules balsamiques de Morton, sirop de Tolu, hydromel composé.*)

Le 5 juillet, dans la matinée, le pouls était plus fréquent, et la température de la peau s'était élevée. (*Saignée de huit onces.*)

Aucun changement notable n'eut lieu jusque vers le 22 juillet. Vers cette époque, les crachats changèrent de caractère. Au liquide purulent précédemment décrit, commença à se mêler une autre matière formée par une

foule de petits pruneaux grisâtres, exhalant une odeur très-fétide. Les jours suivans, ces crachats grisâtres, d'abord rares, devinrent de plus en plus abondans et fétides ; en approchant du lit du malade on sentait une odeur infecte, gangréneuse, qui provenait à-la-fois de ses crachats et de son haleine. Depuis que l'expectoration présentait ces nouveaux caractères, le pouls était habituellement petit et fréquent ; la face était remarquable par sa pâleur ; chaque matin nous trouvions le malade couché sur le côté gauche. Trois ou quatre fois il vomit ses alimens. D'ailleurs, la respiration n'était pas plus gênée, les forces se conservaient, la maigreur n'augmentait point. Bien que le pronostic fût très-grave, la terminaison fatale semblait encore éloignée.

Le 9 août, le malade se leva comme à son ordinaire, descendit dans le jardin de l'hôpital et y resta pendant deux heures. Le reste de la journée, il parut être dans le même état que les jours précédens. Dans la soirée, se promenant dans les salles, il se trouva mal et revint à son lit, soutenu par deux infirmiers. A dix heures moins quelques minutes, on l'entendit causer librement et à haute voix ; on remarqua seulement que sa face était plus altérée que de coutume. A dix heures, il n'était plus.

Ouverture du cadavre.

Embonpoint de la face encore assez considérable. Marasme du reste du corps. Roideur cadavérique.

Adhérences intimes des plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Tout le poumon de ce même côté est dur, imperméable à l'air : pressé entre les doigts, son

tissu résiste et ne s'écrase pas; par l'incision ou la pression aucun liquide ne s'en écoule. Sa couleur, peu différente de celle qui existe dans l'état sain du poumon, est d'un rouge grisâtre; coupé en divers sens, il semble parsemé d'une infinité de granulations jaunâtres, d'une extrême petitesse. Ces granulations sont-elles le résultat de la distension des vésicules pulmonaires par du pus concret? Sont-ce là des tubercules naissans? A sa surface et dans son intérieur, ce même poumon présente un grand nombre de lignes d'un blanc mat, qui s'entrecroisent de manière à circonscrire exactement les lobules pulmonaires, dont les limites se trouvent ainsi parfaitement dessinées. Ces lignes semblent être formées par le tissu cellulaire, épaissi et comme fibreux; lequel, dans l'état naturel, sépare les lobules les uns des autres.

A-peu-près vers la partie moyenne de la hauteur de ce poumon, non loin de sa surface externe, existe une cavité assez grande pour admettre une grosse noix. Une odeur gangréneuse s'en exhale: ses parois sont tapissées par une couche mince de matière verdâtre qui laisse voir au-dessous d'elle le tissu du poumon rouge et dur. Plusieurs bronches, d'un calibre assez considérable, s'ouvrent dans cette cavité qui est vide. La surface interne des bronches est rouge, les parois de plusieurs offrent une hypertrophie évidente: en quelques points elles se dilatent d'une manière assez notable, pour représenter de petites cavités. C'est surtout vers le centre du lobe inférieur qu'on remarque ces dilatations partielles, elles contiennent une matière grisâtre et fétide, analogue aux crachats.

Le poumon droit est libre d'adhérences et sain dans

toute son étendue, si ce n'est près de sa base, où il offre une portion hépatisée en rouge, égalant à-peu-près le volume d'une orange, et dont la grande friabilité annonce la formation récente.

Chez ce malade, comme chez le sujet de l'observation 63, la gangrène du poumon succéda manifestement à un état inflammatoire de cet organe. La nature des phénomènes morbides et l'état dans lequel on trouva le poumon autour de l'ulcère le prouvent également. Chez le premier malade, la gangrène succéda à une pneumonie aiguë; chez le second, à une des pneumonies les plus manifestement chroniques que nous ayons eu occasion d'observer. La véritable phlegmasie chronique du parenchyme pulmonaire, sans complication de tubercules ou d'autres tissus accidentels, est en effet une maladie infiniment rare. L'état d'induration dans lequel nous trouvâmes le poumon ne saurait être confondu avec l'état d'hépatisation rouge ou d'infiltration purulente qui existe dans les cas de pneumonies aiguës. Dans ces cas, en effet, le tissu pulmonaire est gorgé de liquide, qui s'en écoule lorsqu'on l'incise ou qu'on le presse; il se déchire et s'écrase avec une remarquable facilité. Ici, au contraire, le tissu pulmonaire était sec, et sa cohésion était au moins aussi grande que dans son état sain. Nous ferons remarquer encore, comme un caractère bien tranché de l'inflammation chronique, l'épaississement comme squirreux du tissu cellulaire interlobulaire.

Chez le sujet de l'observation 63, l'escarre, détachée du tissu pulmonaire, était encore en partie con-

tenue dans la cavité ulcéreuse formée autour d'elle. Ici, l'escarre avait été déjà entièrement expulsée, et la cavité vide n'en conservait plus d'autre trace que l'odeur gangréneuse qu'elle exhalait, et la couche verdâtre qui tapissait ses parois. Dans l'un et dans l'autre cas, un même ensemble de symptômes annonça l'existence de la gangrène pulmonaire; le plus caractéristique de ces symptômes fut sans doute l'expectoration. Les crachats grisâtres et fétides, tels que nous les avons décrits, nous semblent en effet annoncer aussi sûrement la gangrène du poumon, que les crachats rouillés, transparens et visqueux, annoncent une pneumonie aiguë. Les excavations tuberculeuses, et surtout la muqueuse bronchique chroniquement enflammée, peuvent bien fournir des crachats fétides (chap. I, obs. 13); mais cette fétidité est loin d'être celle que nous avons notée dans les deux observations précédentes. L'aspect de ces crachats est d'ailleurs si remarquable, si tranché, qu'il suffit, à mon avis, de les avoir vus une fois, pour qu'il devienne impossible de les confondre avec les crachats d'aucune autre maladie du poumon.

Nous ne possédons que deux observations dans lesquelles il soit évident pour nous que la gangrène a succédé à une inflammation aiguë ou chronique du poumon. Les autres cas de gangrène pulmonaire que nous avons eu occasion d'observer rentrent tout à-fait dans ceux qu'a fait connaître M. Laënnec, et que, d'après ce professeur, *on peut à peine ranger au nombre des terminaisons de l'inflammation du poumon.* « Encore, » ajoute-t-il, le caractère inflammatoire est très-peu » marqué dans cette affection, soit sous le rapport des

» symptômes, soit sous celui de l'engorgement du tissu » pulmonaire. » Nous avons cité un cas de ce genre dans notre premier volume, page 311. *Voyez* aussi les observations 14, 30, du chap. III de ce volume.

ARTICLE V.

RÉSUMÉ,

OU

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA PLEURO-PNEUMONIE.

33. Les symptômes de la pleuro-pneumonie, le danger plus ou moins grand qu'elle entraîne, les modifications que peut subir son traitement, sont en rapport avec les différens états que présente le poumon, suivant ses divers degrés d'inflammation. Nous croyons donc convenable de commencer l'histoire de la pleuro-pneumonie par où on la finit ordinairement, c'est-à-dire, par la description des caractères anatomiques de l'inflammation du poumon.

M. le professeur Laennec a admis trois degrés dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire, savoir, le simple engouement, l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. Nous adopterons ce langage, parce qu'il est simple et généralement reçu. Nous croyons toutefois devoir faire remarquer que le tissu du poumon frappé de phlegmasie ressemble trop peu en réalité au tissu du foie, pour que le terme d'*hépatisation* puisse être regardé comme bien exact. Le poumon enflammé à un certain degré et le foie sain diffèrent surtout l'un de l'autre par

leur consistance. Dans l'état qu'on désigne le plus ordinairement sous le nom d'hépatisation rouge ou grise, le tissu du poumon est singulièrement ramolli et très-friable; dans quelques cas beaucoup plus rares seulement, il est plus dur que lorsqu'il est sain. Ces deux états si divers, de ramollissement et d'endurcissement, et qui entraînent d'ailleurs des différences dans les symptômes, doivent-ils être confondus sous une même dénomination? Si nous n'étions convaincus de l'extrême réserve qu'il faut apporter pour introduire des mots inusités dans le langage médical, nous proposerions d'établir, pour les différens degrés de la pneumonie, la nomenclature suivante. Dans la pneumonie aiguë, nous admettrions trois états du poumon, que nous désignerions sous les noms d'*engouement*, de *ramollissement rouge*, et de *ramollissement gris*, *avec simple infiltration purulente ou formation d'abcès.* Dans la pneumonie chronique nous reconnaîtrions ces mêmes états, et de plus deux autres, que nous appellerions *induration rouge* et *induration grise.* Décrivons ces divers degrés.

34. Dans son plus faible degré d'inflammation, dans ce degré que l'on désigne sous le nom de simple engouement, le parenchyme pulmonaire est encore crépitant; il peut être pressé, tiraillé avec force sans se déchirer. Toutefois la crépitation y est moindre que dans l'état sain. On sent, en comprimant le tissu de l'organe, qu'il y a plus de liquide que d'air dans les vésicules pulmonaires. Souvent alors cette crépitation devient si faible, que l'on croirait presser un poumon de fœtus qui n'a pas respiré. La couleur de la partie engouée est altérée; sa rougeur

brune ou merveille contraste avec la teinte grise ou d'un rose pâle des portions de poumon restées saines. Si l'on incise ces parties engouées, on voit s'en écouler en grande quantité une sérosité rougeâtre et spumeuse. Si on soumet les parties engouées et incisées en plusieurs sens à une pression long-temps continuée, à de fréquens lavages, on débarrasse ces parties du liquide qu'elles contenaient, et on les rend aussi crépitantes, aussi élastiques, aussi décolorées que les portions de poumon que l'inflammation n'a point frappées.

Ce simple engouement, sans autre altération de texture, ne s'observe que dans le cas de phlegmasie légère. Mais, pour peu que l'inflammation soit intense, le parenchyme pulmonaire diminue de consistance : pressé entre les doigts, il s'écrase avec facilité; il devient friable. Le liquide qui s'en écoule est moins abondant et surtout moins spumeux; il offre alors assez d'analogie avec le tissu de certaines rates qui s'écrasent facilement, sans toutefois se réduire en pulpe. Cet état constitue un état intermédiaire entre le simple engouement et le véritable ramollissement rouge (hépatisation des auteurs). C'est le passage du premier degré au deuxième degré de la pleuro-pneumonie.

Tant que le poumon n'est qu'engoué, sans autre altération de texture, il est difficile de décider, dans tous les cas, si cet engouement est véritablement inflammatoire, ou bien s'il n'est pas le résultat mécanique soit de l'engorgement sanguin, dont les poumons sont presque toujours le siége dans les derniers temps de la vie, soit même d'un simple engouement cadavérique. Pour distinguer ces deux états, il faut moins avoir égard à la

couleur du tissu pulmonaire qu'à sa consistance : pour peu que l'on constate une plus grande friabilité de ce tissu, il doit être regardé comme enflammé. Or, dans presque tous les cas où il y a eu véritablement phlegmasie, on observera cette augmentation de friabilité, parce qu'il est infiniment rare que la mort soit le résultat d'une pneumonie, qui n'aura pas été assez intense pour détruire plus ou moins la consistance ordinaire du tissu du poumon.

De ce simple engouement, puis de ce commencement de ramollissement que nous venons de décrire, le poumon enflammé s'élève peu à peu à un autre degré, dans lequel il présente assez bien au premier coup-d'œil l'aspect d'un foie, qui, gorgé de sang, a une couleur uniformément rouge. Dans cet état, le poumon, devenu imperméable à l'air, ne crépite plus; il ne surnage plus à l'eau. Si on l'incise, il s'en écoule encore un liquide rouge, non écumeux, et beaucoup moins abondant que dans le degré précédent. Examiné à la loupe, le tissu pulmonaire semble alors composé d'une foule de petites granulations rouges pressées les unes contre les autres; déchiré, il présente souvent à l'œil nu ces mêmes granulations : il se déchire d'ailleurs avec une plus grande facilité que dans l'état sain. Sa friabilité est extrême; il suffit, dans beaucoup de cas, de le presser légèrement entre les doigts pour qu'il s'écrase et se réduise en une pulpe rougeâtre : ce *ramollissement*, analogue à celui que présentent beaucoup d'autres tissus enflammés, établit surtout une importante distinction entre le parenchyme du poumon frappé de phlegmasie, et le parenchyme du foie, qui n'est ainsi mou et friable que dans certains états

pathologiques. Représenter ce second degré d'inflammation du poumon par l'expression de *ramollissement rouge*, c'est, ce nous semble, en donner une idée plus exacte que de le désigner sous le terme d'hépatisation. A ce degré, le volume du poumon malade paraît toujours plus considérable que le volume du poumon resté sain; mais cette augmentation de volume n'est qu'apparente, elle dépend de ce que le poumon privé d'air ne s'affaisse plus comme celui qui en est encore rempli au moment où l'on ouvre la poitrine.

A un degré encore plus avancé, le tissu pulmonaire, dense, compacte, imperméable à l'air, comme dans le degré précédent, offre une couleur grisâtre caractéristique. Si on l'examine à la loupe, on retrouve les mêmes granulations que nous venons de décrire; elles sont seulement blanches ou grises, au lieu d'être rouges. Souvent, plus considérables, elles deviennent visibles à l'œil nu, surtout après qu'avec la loupe on a déjà reconnu leur existence. Ces granulations présentent, d'ailleurs, de nombreuses variétés sous le rapport de leur disposition, de leur nombre et de leur volume : ainsi, dans un espace donné, tantôt on en trouve quelques-unes seulement, séparées ou agglomérées; tantôt elles sont groupées en innombrable quantité; tantôt, enfin, on n'en aperçoit plus du tout, et on ne remarque qu'une surface grise uniformément lisse. Nous essaierons tout à l'heure de nous rendre compte de ces différences d'aspect.

Ici, comme dans le degré précédent, le tissu pulmonaire est ramolli et très-friable. La quantité de liquide qui pénètre le parenchyme du poumon est quelquefois telle, qu'en l'incisant on en voit ruisseler un liquide

grisâtre, un véritable pus, qui nous a paru être constamment inodore. D'autres fois, la simple incision ne suffit plus pour faire écouler le pus; mais si on comprime légèrement le tissu sans l'écraser, le pus se montre sur la surface incisée sous forme de petites gouttelettes, qui semblent sortir soit des orifices de bronches capillaires, soit des granulations elles-mêmes, qui cessent d'être visibles après qu'on a exercé plusieurs pressions sur un même morceau de poumon. Plus, à ce degré, le tissu pulmonaire est abreuvé de liquide, plus il est ramolli et friable : pressé entre les doigts, il se réduit en une pulpe grisâtre, qui ne diffère du liquide lui-même que par un peu plus de consistance. Il résulte de cette extrême friabilité, qu'il suffit d'enfoncer légèrement le doigt dans un point quelconque du parenchyme, pour y déterminer la formation d'une petite cavité remplie de pus, qui peut être prise pour un abcès de récente formation. Au lieu de désigner ce troisième degré sous le nom d'hépatisation grise, nous croyons qu'il serait plus exact de l'appeler *ramollissement gris*.

Telles sont les altérations qui caractérisent les divers degrés de l'inflammation aiguë du poumon. Lorsque l'inflammation est chronique, le poumon peut offrir encore ces mêmes altérations; mais, de plus, il présente deux autres états qu'on ne retrouve pas dans les cas de phlegmasie aiguë, et dans lesquels le parenchyme pulmonaire, au lieu d'être abreuvé de liquide et ramolli, est sec et dur. Tantôt, d'ailleurs, il conserve une couleur rouge pâle; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, il offre une teinte grise. De même que nous avons admis un ramollissement rouge et un ramollissement gris, de même

nous admettrons aussi une *induration rouge* et une *induration grise.*

Ne nous étonnons pas, du reste, de voir le parenchyme pulmonaire passer ainsi à l'induration après s'être d'abord ramolli : un phénomène analogue nous est offert par un grand nombre de tissus ou d'organes frappés de phlegmasie. Ainsi, le tissu cellulaire enflammé acquiert d'abord une grande friabilité; si l'inflammation dont il est le siége ne se résout pas, si elle passe à l'état chronique, le tissu cellulaire perd bientôt cette friabilité; loin de se ramollir davantage, il devient, au contraire, plus dense, plus épais; il offre souvent une dureté comme squirrheuse. Cette terminaison par induration peut être observée surtout, soit dans le tissu cellulaire qui entoure d'anciens ulcères cutanés, soit dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou sous-séreux; enfin, on peut également l'observer dans le tissu cellulaire même qui unit entre eux les différens lobules pulmonaires. Ce tissu, qui est à peine visible dans l'état physiologique, acquiert, dans quelques cas de pneumonies chroniques, une épaisseur telle, qu'il se montre à la surface du poumon et dans son intérieur sous forme de lignes blanches, de consistance demi-cartilagineuse, qui entourent et circonscrivent chaque lobule pulmonaire. La pneumonie chronique est, d'ailleurs, une affection fort rare, et par conséquent ce n'est aussi que très-rarement qu'on a occasion d'observer l'induration rouge ou grise du poumon.

Il est assez commun de trouver réunis dans un même poumon les trois degrés de la pneumonie aiguë (engouement, ramollissement rouge et ramollissement gris), soit que l'inflammation n'ait pas marché avec une égale

rapidité dans tous les points dont elle s'est emparée, soit qu'elle ne les ait envahis que successivement.

Le ramollissement gris peut se former dans un espace de temps très-court. Nous avons trouvé, par exemple, tout un lobe pulmonaire déjà parvenu à ce troisième degré avant la fin du cinquième jour.

35. Quelle est la partie du poumon principalement altérée dans les différens degrés de la pneumonie? Est-ce surtout le tissu cellulaire inter-vésiculaire? Sont-ce plutôt les vésicules elles-mêmes? Rien de certain ne peut être affirmé à cet égard; nous allons exposer toutefois ce qui nous paraît le plus probable.

Lorsqu'il n'y a encore que simple engouement, on le reconnaît pendant la vie par l'existence du râle crépitant. Or, nous essayerons de prouver plus bas, que ce râle n'est en quelque sorte qu'un diminutif du râle muqueux; et que s'il est indubitable que celui-ci a son siége dans les bronches, on ne peut pas se refuser à admettre qu'un mélange d'air et de liquide dans des bronches plus petites ne produise le râle crépitant; mais les vésicules pulmonaires ne paraissent être autre chose que les dernières extrémités des bronches renflées en cul-de-sac (1). C'est donc dans ces vésicules que le râle crépitant du premier degré de la pneumonie paraît avoir son siége. Si cette proposition est exacte, il s'ensuit que la pneumonie consiste essentiellement dans l'inflammation des vésicules pulmonaires, dont la surface interne sécrète un liquide d'abord mucoso-sanguinolent, puis purulent.

(1) Consultez à ce sujet le beau travail de Reisseissen sur la structure du poumon.

A mesure que l'inflammation fait des progrès, le liquide sécrété devient plus épais et plus visqueux; il ne peut plus être expulsé de la cavité où il s'est formé; il s'y accumule, l'obstrue, la distend et donne ainsi naissance aux granulations nombreuses dont paraît spécialement formé le tissu pulmonaire hépatisé en rouge.

Plus tard encore, ce n'est plus ni du mucus, ni du sang, c'est du pus que sécrète la surface interne des vésicules : ce pus les remplit à son tour; de là, les granulations grises que présente, à ce degré d'inflammation, le tissu pulmonaire, et qui ne semblent être autre chose que des vésicules remplies de pus. Plusieurs de ces granulations conservent souvent une teinte rouge pâle, une sorte de mélange de couleur grise et rouge qui semble résulter du mélange de pus et de sang qui a lieu dans la vésicule. Si on presse une portion de poumon en hépatisation grise, on voit le pus sortir sous forme de gouttelettes, il semble que chacune de celles-ci s'échappe d'une vésicule dont les parois ont été rompues. Si la distension des vésicules est générale et portée à un haut degré, elles finissent par se confondre, et l'apparence granuleuse disparaît.

Les parois des vésicules enflammées doivent devenir molles et friables, à l'instar de tous les tissus frappés de phlegmasie. De là, le ramollissement remarquable, l'extrême friabilité que présente dans ce cas le parenchyme pulmonaire. Quant au dernier degré, dans lequel le tissu du poumon est sec et dur (induration grise), on peut expliquer cette variété par la consistance du liquide qui remplit les vésicules, mais surtout par l'épaississement et l'endurcissement des parois des vésicules chronique-

ment enflammées : n'est-ce pas le cas, comme nous l'avons dit, d'un grand nombre de phlegmasies chroniques ?

Les idées que nous venons d'émettre sur le siége de la pneumonie n'ont en leur faveur, nous le répétons, que de simples probabilités. Pour que l'exactitude en fût démontrée, il faudrait que l'on pût, le scalpel à la main, démontrer l'inflammation des vésicules : or, c'est ce qu'on n'a point encore fait, et c'est ce qu'il ne sera peut-être jamais possible de faire. Ces idées nous ont paru toutefois mériter quelque attention, parce qu'en envisageant ainsi la pneumonie on se rend mieux compte d'un grand nombre de phénomènes, et qu'on explique mieux surtout les différens signes fournis par l'auscultation.

56. Nous venons de voir qu'il y a un degré de la pneumonie où un véritable pus est disséminé dans le parenchyme pulmonaire, quelle que soit d'ailleurs la partie qu'il occupe. Ce pus se réunit-il quelquefois en un foyer, de manière à constituer un abcès ? A l'époque de l'enfance de l'anatomie pathologique, je veux dire avant les travaux de l'Ecole française du dix-neuvième siècle, les médecins regardaient comme un fait très-commun la formation d'un abcès dans le poumon, à la suite de son inflammation aiguë ou chronique ; mais il est bien évident maintenant, que, dans leurs observations, il n'est question ou bien que d'épanchemens pleurétiques interlobaires, ou bien de masses tuberculeuses ramollies. Les Anciens croyaient aussi que la pneumonie se guérissait souvent par l'évacuation spontanée d'un de ces prétendus abcès, qu'ils désignaient sous le nom de *vomiques*. Or, l'on sait aujourd'hui que ces vomiques sont le résultat

d'altérations qui diffèrent essentiellement d'un abcès du poumon : tantôt c'est un gros tubercule qui s'est ramolli et qui a été évacué tout-à-coup à travers les bronches; tantôt c'est du pus amassé dans l'une des plèvres, qui a perforé le poumon et a été subitement expectoré. Quelquefois enfin, ainsi que nous en avons déjà vu des exemples, c'est simplement une sécrétion puriforme abondante dont la muqueuse bronchique devient brusquement le siége. (Chap. Ier, obs. 17.)

Depuis que l'anatomie pathologique est cultivée avec plus de sévérité, on a rangé parmi les cas très-rares ceux où l'on a vu une pneumonie se terminer par la formation d'un abcès. A l'époque où M. le professeur Laënnec publia son ouvrage sur l'auscultation, il n'avait encore trouvé que cinq ou six fois des collections purulentes dans le poumon enflammé; encore étaient-elles très-petites. Le foyer le plus étendu qu'il ait rencontré pouvait à peine admettre l'extrémité de trois doigts réunis. Quant à nous, il ne nous est encore arrivé qu'une seule fois d'observer à la Charité un véritable abcès à la suite d'une pneumonie : c'était chez un malade qui succomba le dix-neuvième jour d'une inflammation pulmonaire; les lobes moyen et inférieur du poumon droit étaient en hépatisation grise. Vers la partie moyenne du lobe inférieur on n'observait plus qu'une sorte de bouillie, d'un gris sale, au centre de laquelle existait un véritable pus, qui n'exhalait d'ailleurs aucune odeur; aux environs, le tissu pulmonaire, d'abord très-mou et comme en détritus, reprenait peu à peu une consistance plus grande : aucun signe particulier ne nous avait révélé pendant la vie l'existence de cet abcès. Alors l'auscultation était

à peine connue (en 1819). Nous avons vu un autre exemple bien tranché d'abcès, suite de pneumonie, chez un individu dont le poumon fut présenté à l'Académie royale de Médecine par M. le docteur Honoré, en 1823. Le malade avait succombé à une pneumonie aiguë dans les salles de l'infirmerie de Bicêtre : au centre d'un lobe pulmonaire hépatisé existait une cavité à parois lisses, arrondie, pouvant admettre un gros abricot; on l'avait trouvée pleine de pus.

Nous avons déjà noté une circonstance qui, plus d'une fois, a pu faire croire à l'existence d'un abcès du poumon. C'est l'extrême facilité avec laquelle, par une pression légère, on peut former une cavité au milieu du tissu pulmonaire mou et friable, tel qu'on le rencontre dans le troisième degré.

37. La pneumonie peut aussi se terminer par gangrène; nous en avons cité deux exemples (obs. 63, 64). Mais c'est encore une sorte de terminaison à-peu-près aussi rare que celle par formation d'un abcès. Les Anciens ont évidemment décrit, sous le nom de gangrène, des altérations du poumon bien différentes de cet état. En général ils étaient très-enclins à établir qu'il y avait gangrène, toutes les fois qu'un organe leur présentait une couleur brune ou noire. Leurs ouvrages sont remplis d'histoires de gangrènes du cerveau, des poumons, du foie, des intestins, etc.; et cependant rien n'est plus rare qu'une véritable gangrène de ces différens organes. Il paraît d'ailleurs bien démontré que le poumon peut être frappé d'une gangrène primitive, essentielle, qu'aucun signe d'inflammation ne précède. Ce n'est point le lieu d'en parler ici.

38. La pneumonie peut être simple ou double ; en d'autres termes, elle peut n'attaquer qu'un poumon ou les deux à-la-fois. Dans un même poumon, elle peut être générale ou partielle, envahir les lobes supérieur ou inférieur, être bornée à la base, à la racine ou au centre. On a dit que ces différens siéges de la pneumonie n'étaient pas tous également fréquens. Exposons à cet égard quelques résultats numériques.

Sur cent cinquante-une pneumonies dont les observations ont été recueillies à l'hôpital de la Charité, quatre-vingt-dix affectaient le poumon droit, trente-huit avaient envahi le poumon gauche, dix-sept existaient à la-fois des deux côtés; le siége des six autres ne fut pas connu.

Sur cinquante-neuf pneumonies, dont les observations bien détaillées et ne pouvant laisser aucun doute sur la nature et le siége de la maladie, sont consignées dans les ouvrages de Morgagni, de Stoll, de De Haen, de Pinel (*Médecine clinique*) et de Broussais (*Traité des phlegmasies chroniques*), trente-une se sont montrées à droite, vingt à gauche, et huit des deux côtés à-la-fois

Ainsi, en dernier résultat, sur deux cent dix pneumonies, nous en trouvons cent vingt-une droites, cinquante-huit gauches, vingt-cinq doubles, et six dont le siége n'a pu être déterminé.

39. On a dit que les lobes pulmonaires supérieurs n'étaient presque jamais atteints de phlegmasie. Nous pouvons affirmer qu'ils s'enflamment assez fréquemment, moins souvent toutefois que les lobes inférieurs. En effet, sur quatre-vingt-huit cas de pneumonies, nous

avons trouvé quarante-sept fois l'inflammation du lobe inférieur, trente fois celle du lobe supérieur, et onze fois le poumon enflammé dans sa totalité.

40. Considérée toujours sous le rapport de son siége, la pneumonie présente une variété qu'il est important de signaler, à cause de l'obscurité que présente souvent son diagnostic. Dans cette variété, l'inflammation n'occupe plus dans sa continuité une portion plus ou moins étendue du poumon; mais elle est disséminée sur une foule de points isolés que sépare un tissu parfaitement sain. Ces pneumonies partielles occupent un espace qui varie depuis celui qui pourrait être occupé par une grosse orange, jusqu'à celui qu'occuperait une noisette ou un pois. Lorsque l'on coupe par tranches un poumon qui est ainsi partiellement enflammé, on observe à la surface de la portion coupée un nombre plus ou moins considérable de petites plaques rouges ou grises selon le degré de la phlegmasie, qui contrastent par leur couleur avec le tissu sain qui les sépare. Là où elles existent, on observe d'ailleurs différens degrés de dureté, de ramollissement ou de consistance, en rapport avec l'intensité et le degré de l'inflammation : tantôt on n'en observe qu'un petit nombre, tantôt elles sont très-multipliées; et si alors on les réunit par la pensée, on voit qu'elles occupent une grande partie du parenchyme pulmonaire, qu'elles équivalent, par exemple, à la phlegmasie d'un lobe entier. On trouve indistinctement ces pneumonies partielles dans toutes les parties du poumon. Cependant, sous le rapport du diagnostic, on doit distinguer surtout les inflammations bornées à la couche superficielle de tissu

pulmonaire, qui est en contact avec les côtes, au bord antérieur du poumon, à sa face diaphragmatique, à sa racine, et enfin à son centre. Nos observations nous ont offert des exemples de ces différens cas. Il n'est pas rare de trouver entre ces inflammations partielles le tissu pulmonaire infiltré d'une grande quantité de sérosité; cette infiltration se distingue facilement d'une phlegmasie, et par la nature du liquide, qui est incolore, et surtout par la conservation d'élasticité et de consistance du tissu pulmonaire.

41. L'inflammation des bronches accompagne constamment l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Leur membrane muqueuse offre une rougeur intense qui est à-peu-près égale dans les grandes et dans les petites ramifications. Lorsqu'un seul lobe est enflammé, la rougeur n'existe souvent que dans les bronches qui se distribuent à ce lobe.

42. Dans le plus grand nombre des cas, on trouve des traces de phlegmasie, telles qu'injection plus ou moins vive, concrétions albumineuses, léger épanchement séreux, purulent ou sanguin, dans la plèvre, qui correspond au poumon malade; aussi avons-nous désigné, en général, l'inflammation du parenchyme pulmonaire sous le nom de pleuro-pneumonie. Il ne faut pas croire, cependant, ainsi qu'on l'a pensé long-temps, que dans toute pneumonie il y a en même temps pleurésie; car plus d'une fois, après le plus scrupuleux examen, la plèvre nous a paru parfaitement saine. Quelquefois aussi, bien qu'il y ait eu double pneumonie, nous n'avons trouvé

de pleurésie que d'un côté. Il est très-rare de rencontrer des épanchemens considérables dans la plèvre du même côté que la pneumonie : on conçoit même qu'un tel épanchement serait impossible, dans le cas où la totalité d'un poumon serait hépatisée. Une fois, nous avons vu la partie inférieure d'un des côtés du thorax occupée par un vaste épanchement; il n'avait refoulé vers la colonne vertébrale que le lobe inférieur du poumon; en haut, il était borné par le lobe supérieur hépatisé, adhérant aux côtes, et formant en quelque sorte la voûte de la cavité que remplissait l'épanchement (obs. 50).

43. Les cavités droites du cœur sont le plus ordinairement distendues par un sang noir coagulé. — A moins de complication, les autres organes ne présentent rien de remarquable qu'une congestion veineuse, portée surtout à un haut degré dans le foie, la rate et les intestins, et qui est d'ailleurs variable, selon que l'agonie a été plus ou moins longue, et que la respiration a été plus ou moins gênée.

44. Nous nous arrêterons peu sur les causes occasionelles de la pleuro-pneumonie; elles ont été indiquées par tous les auteurs. Dans bien des cas, elles sont fort obscures, et l'on en a souvent exagéré l'importance. Ici, d'ailleurs, comme pour la production de toutes les autres maladies, il faut admettre une prédisposition sans laquelle les causes occasionelles restent sans influence. C'est en vertu de cette prédisposition que la même cause produit chez l'un une angine, chez l'autre une simple bronchite, chez un troisième une pleuro-pneumonie, chez un quatrième une

gastrite ou une péritonite. Parmi les individus qui ont été exposés à l'action d'une température froide, tandis qu'ils étaient en sueur, le plus petit nombre est frappé d'inflammation du poumon. D'un autre côté, une phlegmasie pulmonaire se manifeste souvent, sans qu'on puisse la rapporter à aucune cause occasionelle appréciable.

Au nombre des causes occasionelles de la pleuro-pneumonie, on a placé la suppression de certains exanthèmes aigus, savoir, de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. Je crois qu'ici on a souvent pris l'effet pour la cause. Dans les cas où l'un de ces exanthèmes se flétrit, ne se développe pas convenablement, ou disparaît prématurément, la cause la plus commune doit en être rapportée à l'existence d'une phlegmasie interne, et en particulier d'une pleuro-pneumonie. Les symptômes de cette inflammation intercurrente sont souvent très faiblement dessinés; elle échappe facilement à une investigation même attentive. La complication de la variole avec une pleuro-pneumonie, une gastro-entérite ou une méningo-céphalite, constitue certainement un grand nombre des varioles de mauvais caractère que les Anciens appelaient *malignes*. L'apparente liberté de la respiration a souvent inspiré, dans des cas de ce genre, une funeste sécurité. Soit donc que la respiration soit libre ou gênée, on ne doit jamais négliger de percuter, d'ausculter fréquemment la poitrine, au début, dans le cours et à la fin de la variole. Comment, sans l'emploi de cette double méthode, reconnaîtrait-on chez beaucoup de varioleux, parmi les enfans surtout, une pneumonie qui n'est annoncée ni par la toux, ni par la dyspnée, ni par l'expectoration, et qui se masque sous un

ensemble de symptômes adynamiquès ou ataxiques?

Une de nos observations (obs. 7) tend à prouver que la pleuro-pneumonie peut être quelquefois le résultat d'une violence extérieure exercée sur les parois thorachiques. Ce cas constituerait une pleuro-pneumonie traumatique. Pourquoi, en effet, à l'instar du cerveau ou du foie, le poumon ne s'enflammerait-il pas sous l'influence de cet ordre de causes?

Au nombre des causes prédisposantes de la pleuro-pneumonie, il faut placer l'existence des tubercules pulmonaires. Il est rare que les phthisiques ne soient pas plusieurs fois atteints d'inflammation aiguë du poumon, pendant le cours de leur longue maladie. Elle paraît être déterminée par l'irritation habituelle que la présence des tubercules produit dans le parenchyme pulmonaire. C'est d'ailleurs une règle générale pour tous les organes où se développent des tissus accidentels. Ainsi la membrane muqueuse intestinale s'enflamme et s'ulcère au-dessus des tubercules formés entre elle et les membranes subjacentes. Ainsi le cerveau se ramollit et se désorganise autour des diverses tumeurs nées dans son parenchyme. Les retours fréquens de l'inflammation pulmonaire favorisent à leur tour le développement des tubercules, et deviennent ainsi une des causes fréquentes de la mort prématurée de beaucoup de phthisiques. (Observ. 48, 49.)

Les pleuro-pneumonies ne se montrent pas avec une égale fréquence dans toutes les saisons. C'est pendant le printemps qu'elles sont plus communes. Les mois de mars, d'avril et de mai, sont ceux où chaque année nous en observons un plus grand nombre à l'hôpital de la

Charité. A cette classe de maladies nous voyons constamment succéder, pendant l'été, un grand nombre d'inflammations intestinales.

Il résulte de nos observations que tous les âges sont à-peu-près également sujets à l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Les enfans en particulier en sont très-fréquemment atteints. La pleuro-pneumonie des enfans constitue même une variété importante de cette maladie. Nous en parlerons plus bas avec quelque détail.

45. Le début de la pneumonie a lieu de plusieurs manières. Dans le plus grand nombre des cas, les malades sont pris tout-à-coup, souvent sans cause connue, d'un frisson plus ou moins violent et d'un point de côté. Le frisson précède le plus ordinairement le point de côté; d'autres fois, cependant, c'est le contraire qui a lieu. Chez plusieurs malades, aucune douleur pleurétique ne marque le début de la pneumonie; chez d'autres il n'y a pas non plus de frisson, et les premiers symptômes sont une toux plus ou moins intense, avec oppression et fièvre.

Souvent la pneumonie succède insensiblement à une bronchite. Alors l'inflammation semble se propager peu-à-peu des grosses bronches aux petites, et gagner enfin les vésicules pulmonaires. Dans ce cas, tantôt l'apparition d'une douleur pleurétique, l'oppression qui devient tout-à-coup plus grande, signalent l'existence de la pneumonie; tantôt, au contraire, les symptômes du catarrhe prennent graduellement une intensité plus grande; on peut croire alors qu'il n'existe qu'un bronchite sur-aiguë, lorsque déjà l'inflammation a frappé le parenchyme. De

là, la nécessité d'avoir recours à l'auscultation (car à cette première époque la percussion est inutile, les crachats sont encore ceux du catarrhe), toutes les fois qu'une bronchite est assez aiguë pour s'accompagner d'oppression et de fièvre.

Dans quelques cas plus rares que les précédens, on observe pendant quelques jours l'état général qui constitue la fièvre inflammatoire. Cet état est surtout présenté par des individus sanguins, pléthoriques, chez lesquels il semble qu'un sang trop riche ou trop abondant stimule trop fortement les organes, et les place tous en quelque sorte dans l'imminence de l'inflammation. Alors la vive injection des muqueuses extérieures, des conjonctives, des lèvres, de la langue, n'annonce pas plus la phlegmasie des muqueuses plus profondément situées, que la rougeur de la face et la teinte fortement rosée de tout le système cutané n'indiquent une véritable inflammation de la peau. Alors d'abondantes émissions sanguines peuvent être éminemment utiles; car, pour peu que cette sorte d'état inflammatoire général soit intense, il est rare qu'il ne finisse pas par se localiser. De là naissent, selon les prédispositions et la susceptibilité variable des organes, une gastrite chez l'un, une arachnitis chez l'autre, une pneumonie chez un troisième. Dans ce cas l'invasion de la pneumonie ne s'annonce souvent par aucun symptôme local bien tranché; il n'y a ni frisson, ni point de côté, mais de la toux survient, et la respiration s'accélère. C'est cet état que les Anciens désignaient spécialement sous le nom de *fièvre péripneumonique*. Lorsque la pneumonie débute de cette manière, elle peut être facilement méconnue jusqu'à l'apparition des crachats:

car la toux est souvent légère, et telle qu'elle existe dans une simple bronchite; quant à la dyspnée, il arrive souvent que les malades ne s'en plaignent pas, et l'accélération des mouvemens inspiratoires peut être ou inaperçue, ou regardée comme le simple résultat de l'accélération de la circulation. De là l'importance d'examiner scrupuleusement les organes; de là, la nécessité de l'auscultation.

Tels sont les différens modes d'invasion de la pneumonie, lorsqu'elle est primitive; mais si elle se montre pendant le cours d'une autre affection; si, par exemple, elle complique soit une fièvre grave, soit une autre inflammation; si elle survient chez un individu atteint de phthisie pulmonaire ou d'anévrysme du cœur, son invasion présente encore quelques modifications importantes à connaître.

Dans les fièvres graves, la pneumonie marque souvent son début par une forte dyspnée; mais on ne pourrait rien conclure de ce signe isolé, car plusieurs des observations consignées dans notre premier volume prouvent que dans ces maladies la respiration peut s'accélérer beaucoup sans qu'il y ait pneumonie. L'apparition de la dyspnée doit donc seulement éveiller notre attention, et nous porter à vérifier l'état des poumons par l'auscultation et la percussion. D'autres fois, dans ces mêmes fièvres, l'invasion de la pneumonie n'est marquée par aucune modification notable des phénomènes respiratoires, et l'ouverture du cadavre seule révèle l'existence d'une phlegmasie pulmonaire.

Dans beaucoup d'inflammations qui, par leur extrême acuité, ont jeté les malades dans une fausse adynamie,

l'invasion de la pneumonie, loin d'être annoncée par une réaction plus ou moins vive, est au contraire uniquement marquée par une prostration subite et mortelle. On observe encore le même phénomène dans plusieurs cas de phlegmasies chroniques qui ont jeté les malades dans le dernier degré du dépérissement et du marasme. Une pneumonie survient-elle alors? elle n'est souvent annoncée ni par la douleur, ni par la dyspnée, ni par la toux; mais on remarque seulement l'amaigrissement rapide et l'altération de la face, ainsi que l'augmentation brusque, prématurée, de l'affaiblissement général.

Chez les individus phthisiques ou anévrysmatiques, une dyspnée plus grande marque ordinairement le début de la pneumonie; mais cette dyspnée peut être légitimement regardée comme le résultat d'une simple exaspération de l'affection préexistante; et, comme chez ces malades les signes fournis par la percussion et l'auscultation n'ont souvent plus de valeur, il s'ensuit que chez eux l'invasion d'une pneumonie peut être très-facilement méconnue.

Enfin il n'est aucun des cas que nous venons de passer en revue, où l'auscultation, qui semblerait être le moyen le plus sûr pour révéler avec certitude l'époque du début de la pneumonie, ne puisse aussi devenir insuffisante. C'est lorsque l'inflammation commence par occuper la racine ou le centre du poumon.

Rien n'est donc plus variable que le début de la pneumonie. Que de nuances, que de formes diverses dans l'invasion, depuis celle qui est annoncée par le frisson, la douleur pleurétique, la dyspnée, la modification du bruit respiratoire, jusqu'à celle qui n'est marquée par

aucun signe, si ce n'est par une prostration plus grande. Quelle habitude clinique ne faut-il pas pour reconnaître, au milieu de tant d'états différens, l'existence d'une même lésion ! Cependant une telle connaissance est des plus importantes à acquérir : combien de pneumonies deviennent, mortelles parce que, méconnues à leur début, elles ne sont point alors convenablement combattues !

46. Après avoir signalé les différens modes d'invasion de la pneumonie, nous devons indiquer ses symptômes.

Cette maladie offre les symptômes caractéristiques suivans : Douleur plus ou moins marquée dans un des côtés de la poitrine, dyspnée, crachats visqueux et sanguinolens, son mat et modification du bruit respiratoire, mouvement fébrile.

Nous allons décrire d'abord chacun de ces symptômes en particulier, puis nous montrerons comment ils naissent, augmentent et diminuent, comment ils se groupent et s'associent dans les diverses périodes de la maladie.

47. La douleur n'existe dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire. Cette douleur se fait le plus communément sentir au niveau, ou un peu au-dessous de l'un ou l'autre sein; plus rarement elle a son siége, soit au-dessous des clavicules, soit tout-à-fait au bas des côtes, et même dans les hypocondres, soit enfin dans toute l'étendue des parois thorachiques d'un côté. Variable en intensité, c'est au début de la maladie qu'elle est la plus vive; puis elle s'affaiblit peu-à-peu, et cesse ordinairement d'exister long-temps avant la terminaison de la pneumonie; quelquefois elle survit à celle-ci; dans quelques

cas, on la voit disparaître et se renouveler à plusieurs reprises. Chez quelques malades, elle précède de plusieurs jours l'apparition des autres symptômes; n'étant alors accompagnée ni de fièvre, ni de toux, ni de dyspnée, elle simule une pleurodynie, une simple douleur rhumatismale. Elle augmente par la toux, les mouvemens inspiratoires, les changemens brusques de position, la pression intercostale et la percussion; elle est exaspérée surtout par le décubitus sur le côté où elle existe. Chez tous les individus qui nous ont présenté cette douleur, nous avons trouvé la plèvre enflammée et couverte d'exsudations albumineuses membraniformes. Au contraire, nous avons vu constamment l'absence de la douleur coïncider avec l'état sain de la plèvre. Lorsque cette membrane n'est pas enflammée, les malades n'éprouvent dans le côté affecté qu'une sensation de gêne et de malaise, une sorte de poids plus ou moins pénible, une chaleur incommode et profonde, mais jamais une véritable douleur. Aussi les Anciens avaient dit avec beaucoup de justesse en parlant de la pneumonie : *Affert plus periculi quàm doloris.* Nous aurons occasion de revenir encore sur la douleur pleurétique, lorsque nous parlerons des inflammations de la plèvre.

48. La dyspnée, dans la pneumonie, est en général en raison directe de l'étendue de l'inflammation, de son siége, et de son intensité dans chacun des points qu'elle occupe. Cependant cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions. En vertu d'une idiosyncrasie inexplicable, il est des individus dont une très-petite partie du tissu pulmonaire est enflammée au premier degré, et dont la

respiration est néanmoins extrêmement gênée. Il en est d'autres, dont une bien plus grande portion de tissu pulmonaire est enflammée au deuxième ou au troisième degré, et qui éprouvent cependant une dyspnée beaucoup moins forte. La gêne plus ou moins grande de la respiration n'est donc pas un indice toujours fidèle de l'étendue de la pneumonie et de son degré. Il paraît, toutes choses égales d'ailleurs, que la phlegmasie des lobes supérieurs donne lieu à une dyspnée plus considérable qu'une phlegmasie aussi étendue et aussi avancée des lobes inférieurs.

Du reste, il faut bien se garder de s'en rapporter à ce que disent les malades sur la gêne plus ou moins grande de leur respiration. C'est une chose fort remarquable, que d'entendre un grand nombre de ces malades assurer qu'ils ne sentent aucune oppression, bien que leur respiration soit évidemment courte et accélérée.

La dyspnée de la pneumonie offre plusieurs degrés. Lorsqu'elle est peu considérable, les malades n'en ont pas la conscience; ils ont la parole libre et facile; il faut même un peu d'attention pour s'apercevoir que les mouvemens inspiratoires sont plus courts, plus accélérés que dans l'état physiologique; c'est surtout l'élévation plus forte des côtes qui révèle ce faible degré de dyspnée. A ce degré, les malades peuvent changer de position, se placer sur le dos ou sur le côté, s'asseoir dans leur lit sans en ressentir de malaise et sans augmenter notablement la gêne de la respiration. A un degré plus fort, le malade peut encore ne pas sentir d'oppression; mais les mouvemens inspiratoires sont courts et rapprochés; la respiration s'exécute à la fois par une forte élé-

vation des côtes et par un abaissement très-marqué du diaphragme; les profondes inspirations sont impossibles; la parole est entrecoupée, haletante; les mouvemens brusques dans le lit, et surtout l'action de se placer sur le séant, augmentent singulièrement la difficulté de respirer; le malade sent alors de l'oppression. A un degré encore plus élevé, l'oppression est aussi bien ressentie dans l'état de repos que dans le mouvement. Les malades se plaignent souvent d'avoir sur la poitrine comme un poids qui les étouffe; lorsqu'on les observe, il semble qu'étrangers à tout ce qui les environne, ils sont entièrement occupés à respirer; la face, d'un rouge violacé ou d'une pâleur livide, exprime une vive anxiété; les narines se dilatent avec force; les mouvemens respiratoires sont très-fréquens et très-courts, comme si l'air ne pouvait pas pénétrer au-delà des premières divisions des bronches. Les malades peuvent à peine parler, tant ils sont haletans et comme essoufflés. Lorsque la gêne de la respiration est portée à ce point, il est rare que la terminaison soit favorable; nous en possédons cependant quelques exemples.

Il arrive quelquefois que le côté de la poitrine où existe la pneumonie reste entièrement immobile, au milieu des violens efforts que fait le malade pour respirer. Mais ce phénomène, rare dans la pneumonie, s'observe plus fréquemment dans le cas d'épanchemens pleurétiques.

Après que la plupart des symptômes de la pneumonie ont cessé, la respiration reste souvent encore gênée pendant quelque temps. Cette dyspnée n'est pas sensible tant que le malade reste en repos; mais elle reparaît dès qu'il essaie de se lever et de marcher. Tant que ce reste

de dyspnée persiste, on doit penser que la résolution de la pneumonie n'est pas encore complète.

49. En même temps que la douleur paraît et que la dyspnée se manifeste, l'oreille, appliquée sur les parois thorachiques, reconnaît une modification notable dans le bruit naturel qui se fait entendre à chaque mouvement inspiratoire; à mesure que la pneumonie fait des progrès, ce bruit subit de nouvelles modifications qui annoncent d'une manière plus ou moins précise le siége et le degré de la phlegmasie pulmonaire. La voix se trouve également modifiée.

Si l'on ausculte la poitrine dès le début de la pneumonie, voici ce qu'on observe dans le plus grand nombre des cas. Du côté où s'est manifestée la douleur, le bruit naturel de la respiration a perdu sa netteté; il est mêlé dans une étendue plus ou moins grande à un râle sec, que M. Laënnec a désigné sous le nom de *râle crépitant*, à cause de la ressemblance qui existe entre le bruit qu'il produit, et le bruit que l'on entend lorsqu'on fait décrépiter un sel sur des charbons ardens. Souvent aussi ce râle a une analogie encore plus parfaite avec le bruit particulier que l'on fait naître en froissant un morceau de parchemin.

Dans les premiers momens de l'existence de ce râle, il altère et obscurcit le bruit naturel de la respiration, mais il ne le masque pas entièrement. A mesure que l'inflammation fait des progrès, il devient de plus en plus prononcé, et finit par cacher totalement le souffle inspiratoire.

Le râle crépitant annonce l'engouement du poumon;

tant qu'il existe, c'est une preuve que dans plusieurs points au moins la pneumonie n'a pas dépassé le premier degré. Mais de son intensité plus ou moins grande, de son mélange plus ou moins fort avec le bruit naturel de la respiration, on peut déduire des signes sur l'état plus ou moins avancé du premier degré, sur l'union même de ce premier degré avec le second. Tant que le bruit naturel de la respiration prédomine sur le râle crépitant, on doit en conclure que l'inflammation est légère. Si le râle crépitant devient à son tour prédominant, s'il finit par masquer entièrement le bruit de la respiration, c'est un indice certain que la pneumonie a fait des progrès, qu'elle tend à passer au second degré. Lorsque les malades meurent pendant qu'ils présentent le râle crépitant à ce degré, on ne trouve plus ordinairement le poumon simplement engoué; bien qu'il soit encore perméable, son tissu est déjà ramolli et friable; il commence à se laisser déchirer avec assez de facilité. Plus tard encore le râle crépitant cesse peu-à-peu de se faire entendre; mais alors deux cas peuvent se présenter: ou bien, en même temps que le râle crépitant diminue, le bruit naturel de la respiration se fait entendre de nouveau, ou bien ce bruit ne revient pas, et en même temps tantôt on n'entend plus rien; tantôt ce bruit est remplacé par un autre qui nous occupera tout-à-l'heure. Dans le premier cas, on doit admettre que la pneumonie marche vers la résolution; dans le second cas, on acquiert la certitude que la maladie devient plus grave, et que le poumon s'hépatise.

Le râle crépitant sec, tel que nous venons de le décrire, ne se présente pas toujours avec des caractères

aussi tranchés. Dans bien des cas il est plus humide, et se rapproche par des nuances insensibles d'une autre espèce de râle qui résulte uniquement d'un mélange d'air et de liquides dans les grosses bronches (Râle muqueux de M. Laënnec). D'un autre côté, on entend souvent un râle tout-à-fait semblable au râle crépitant chez des individus qui ne sont atteints que d'une bronchite intense, et chez lesquels on ne trouve, après la mort, ni pneumonie, ni œdème pulmonaire. Qu'est-ce donc que le râle crépitant? Quel est son siége? Comment se produit-il? Il est bien évident que chez les derniers individus dont nous venons de parler, il ne peut résulter, comme le râle muqueux, que d'un mélange d'air et de liquides dans les bronches. Si l'on réfléchit ensuite que ces deux râles présentent une foule de degrés et de nuances où ils se confondent, on en conclura qu'ils sont produits par la même cause, c'est-à-dire par le bruit auquel donne lieu le passage de l'air à travers les différens liquides qui peuvent remplir les canaux aérifères. En raisonnant toujours par analogie, et en considérant que le râle muqueux à son tour se confond souvent avec le gargouillement des cavernes, nous en conclurons que ces différens bruits, dus à une cause identique, ne présentent surtout de différence qu'en raison de l'ampleur de la cavité où ils ont lieu. Ainsi le gargouillement se fait entendre dans de vastes excavations, le râle muqueux dans les grosses bronches, le râle crépitant se rapprochant du muqueux dans les bronches plus petites, enfin le râle crépitant caractéristique de la pneumonie dans les bronches les plus ténues, et surtout dans les vésicules pulmonaires. Ces trois variétés d'un même bruit

pourraient être désignées sous les noms de *râle caverneux*, de *râle bronchique*, et de *râle vésiculaire.*

Le râle crépitant annonçant le premier degré de la pneumonie, a été indiqué par M. Laënnec, qui a aussi très-bien établi que lorsque l'hépatisation du poumon a remplacé l'engouement, l'oreille, appliquée sur la poitrine, sent à chaque inspiration les parois thorachiques se soulever, mais ne perçoit plus aucun bruit, soit naturel, soit pathologique. Nous avons maintes fois vérifié l'exactitude de ces assertions. Mais à cette même époque de la pneumonie, on observe souvent un autre phénomène fort remarquable, qui ne nous paraît pas avoir fixé autant l'attention de M. Laënnec. Chez beaucoup de malades dont le poumon est hépatisé en rouge ou en gris, le bruit de la respiration ne disparaît pas; mais il est singulièrement modifié, et ce n'est plus évidemment le même genre de bruit que l'on entend. On dirait alors qu'un individu placé près de l'oreille de celui qui écoute, souffle avec force dans un tuyau d'airain. En même-temps la voix se trouve modifiée dans sa résonnance, partout où ce bruit particulier se fait entendre. Cette modification de la voix n'est proprement ni de l'œgophonie, ni de la pectoriloquie; elle se rapproche davantage de la modification que la voix subit dans les cas de dilatation des bronches. Toutes les fois que les individus qui nous ont présenté cette double modification du bruit respiratoire et de la voix, ont succombé, nous avons constamment trouvé, soit une hépatisation rouge ou grise du poumon, soit, comme nous le verrons plus bas, un épanchement pleurétique. Nous ne l'avons observée pendant la vie, que dans les cas où le son très-mat et l'en-

semble des autres symptômes annonçaient une pneumonie au deuxième ou au troisième degré, ou bien un épanchement dans la plèvre.

Une pareille modification du bruit respiratoire et de la voix nous semble facile à expliquer. Elle nous paraît dépendre de ce que l'air ne peut pas pénétrer au-delà des gros tuyaux bronchiques. Aussi ne se manifeste-t-elle pas seulement dans le cas d'hépatisation pulmonaire; on l'observe encore dans le cas où un épanchement pleurétique comprime le tissu du poumon; toutes les fois, en un mot, que l'air ne peut plus parvenir jusques dans les vésicules pulmonaires. La cause de ce bruit respiratoire tout spécial étant bien déterminée, nous l'appellerons *respiration bronchique*, par opposition au bruit respiratoire naturel, que nous désignerons sous les noms de *bruit d'expansion pulmonaire*, de *respiration vésiculaire*.

Lorsque la pneumonie marche vers la résolution, et qu'elle commence à repasser du deuxième au premier degré, on entend de nouveau du râle crépitant. En même-temps la respiration bronchique devient de moins en moins sensible, la résonnance particulière de la voix cesse aussi peu-à-peu; le râle crépitant diminue à son tour, et est remplacé insensiblement par le bruit net d'expansion pulmonaire. Souvent le râle crépitant persiste en quelques points, long-temps après la cessation de tous les autres symptômes pneumoniques. Tant qu'il persiste, on peut être certain que la résolution de la phlegmasie n'est pas complète, et l'on doit craindre, soit une rechute et le retour de la maladie à l'état aigu, soit la persistance d'un noyau de phlegmasie latente d'où résultera tôt ou tard une désorganisation du poumon.

De même que l'on trouve souvent, après la mort, les trois degrés de la pneumonie réunis dans un seul poumon, de même on observe quelquefois chez un même individu, à une même époque, les différens signes tirés de l'auscultation qui annoncent l'existence simultanée de ces différens degrés. Ainsi dans un point l'on entend du râle crépitant seul, ou mêlé au bruit d'expansion pulmonaire. Dans un autre point on entend la respiration bronchique; ailleurs enfin on ne perçoit plus ni râle, ni bruit respiratoire, ni résonnance de la voix.

En même-temps que l'auscultation donne du côté malade les différens signes que nous venons de passer en revue, le bruit d'expansion pulmonaire s'entend du côté sain avec une intensité bien supérieure à celle qu'il a dans l'état physiologique, comme si, pour suppléer au poumon malade, le poumon resté sain devait recevoir dans un temps donné une plus grande quantité d'air. Cette intensité inaccoutumée du bruit respiratoire dans un seul côté, doit même suffire pour faire soupçonner une lésion quelconque dans l'autre poumon.

Il arrive quelquefois que la grande quantité de liquide accumulé dans les bronches donne lieu à un râle bronchique tellement fort qu'il masque tous les autres bruits, et que l'état du parenchyme pulmonaire ne peut plus être connu par l'auscultation.

Enfin il est des cas où, bien qu'il y ait pneumonie, l'auscultation n'apprend rien sur son siége et sur son degré. L'oreille, appliquée sur la poitrine, entend partout le bruit d'expansion pulmonaire très-net, mais en même-temps beaucoup plus fort que dans l'état naturel. Il en est ainsi lorsque l'inflammation n'occupe qu'une

portion circonscrite du poumon, éloignée de sa périphérie, et spécialement une partie de sa base, de son centre ou de sa racine. On sent aussi combien l'auscultation doit fournir peu de renseignemens, lorsque la phlegmasie n'existe que dans quelques lobules isolés. (Obs. 36.)

50. Nous ne nous arrêterons point sur les avantages généralement connus de la percussion de la poitrine pour distinguer le siége et l'intensité de la pneumonie. Avant que l'auscultation ne fût pratiquée, la percussion pouvait seule faire découvrir un grand nombre de pneumonies plus ou moins complètement latentes : aujourd'hui, loin de donner à l'une de ces deux méthodes une préférence exclusive, on doit toujours les employer simultanément, et chercher à confirmer par les résultats de l'une les résultats fournis par l'autre.

Quant à leur degré respectif d'utilité, il est certain que l'auscultation va plus loin que la percussion. Il y a un grand nombre de pneumonies au premier degré, pendant le cours desquelles on n'observe aucune diminution dans la sonoréité des parois thorachiques; l'auscultation, au contraire, donne dans ce cas des renseignemens très-précis. Dans toutes les pneumonies, le son ne s'obscurcit que vers le deuxième ou le troisième jour, quelquefois plus tard : ici encore, l'auscultation devance la percussion, et dès le début elle annonce le siége de l'inflammation. Enfin, à l'époque de la terminaison de la pneumonie, lorsque la matité du son a disparu et que la percussion n'indique plus aucun état morbide, souvent l'auscultation fournit des signes qui annoncent que la

résolution de la phlegmasie n'est pas encore complète.

Il est aussi des cas où, de même que l'auscultation, la percussion ne fournit plus aucun renseignement, en raison du siége profond de la pneumonie, lorsque celle-ci existe surtout vers la base, le centre ou la racine du poumon.

La percussion, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, ne peut être pratiquée lorsque les parois thorachiques sont douloureuses, lorsqu'elles sont infiltrées, ou qu'un vésicatoire les couvre. Dans ces différens cas, l'auscultation la supplée avec avantage. Il en est encore de même chez les individus dont le thorax est plus ou moins déformé.

Dans plusieurs cas de pneumonies doubles, il y a des deux côtés une égale matité de son; et si cette matité est peu considérable, elle peut être regardée comme un état naturel. Qui ne sait, en effet, que la poitrine est loin d'avoir une égale sonoréité chez tous les individus, et que souvent, chez des personnes très-bien portantes d'ailleurs, elle ne rend qu'un son très-obscur? L'auscultation n'expose point à une pareille erreur.

Toutes les fois qu'on percute, il ne faut jamais perdre de vue que le foie à droite, et la rate à gauche, donnent lieu à un son mat, qui est constant pour le premier de ces viscères, et plus commun qu'on ne le pense pour le second.

51. La toux ne présente aucun caractère notable; elle a rarement lieu par quintes : son intensité et sa fréquence ne sont pas en rapport constant avec l'acuité de l'inflammation. Au début, elle est sèche; mais bientôt elle s'accompagne d'une expectoration particulière, qui

doit être regardée comme un des signes les plus sûrs de la pneumonie.

52. Des crachats transparens et rouillés, se réunissant en une masse gélatiniforme et tremblottante, d'une viscosité telle, que le vase qui les reçoit peut être renversé et fortement agité sans qu'ils se détachent de ses parois; tels sont les traits saillans qui ne permettent pas de confondre avec aucune autre l'expectoration de la pneumonie. Mais combien cette description succincte n'est-elle pas insuffisante! Les crachats, en effet, sont loin de présenter cet aspect dans les divers degrés de l'inflammation du poumon: il est des cas où ils affectent une disposition toute différente; d'autres fois, la pneumonie parcourt ses diverses périodes, sans que son existence ait été en aucune manière annoncée par l'expectoration, qui a été constamment nulle ou sans caractère.

Occupons-nous d'abord de décrire l'expectoration, telle qu'elle se présente le plus ordinairement pendant le cours d'une pneumonie.

Au début de la maladie, lorsque l'on observe déjà de la toux, de la dyspnée, un mouvement fébrile prononcé, une douleur plus ou moins vive, le malade ne crache point encore, ou bien il n'expectore qu'un peu de mucus guttural ou bronchique mêlé à de la salive. Alors, dans le plus grand nombre de cas, la poitrine percutée rend encore un son net; mais déjà un commencement de râle se fait entendre dans l'un des côtés du thorax; à mesure que ce râle devient plus prononcé, l'expectoration commence à se caractériser: c'est ce qui arrive ordinairement du deuxième au troisième jour. Les crachats deviennent *sanguinolens*, c'est-à-dire qu'ils sont composés d'un

mucus intimement uni et combiné avec le sang; ce ne sont pas de simples stries sanguines, comme dans les crachats du catarrhe; ce n'est pas non plus du sang pur, comme dans l'hémoptysie. Suivant la quantité de sang qu'ils contiennent, les crachats sont ou jaunes, ou d'une couleur rouille de fer, ou d'un rouge franchement prononcé. Ils deviennent en même temps tenaces et visqueux; ils adhèrent entre eux de manière à ne plus former qu'un tout transparent et homogène; mais, pour peu qu'on incline le vase qui les contient, on les voit s'en écouler encore avec une assez grande facilité. Ainsi, à cette époque de la maladie, les crachats adhèrent déjà fortement entre eux, mais ils n'ont pas encore assez de viscosité pour adhérer aux parois du vase.

Souvent, pendant tout le cours de la pneumonie, les crachats se présentent tels que nous venons de les décrire : dans ce cas, l'inflammation du poumon ne passe pas ordinairement le premier degré; mais souvent aussi les crachats acquièrent une viscosité de plus en plus grande; ils ne se détachent plus du vase lorsqu'on le renverse. On doit redouter alors que l'inflammation ne fasse des progrès et que la pneumonie n'atteigne le deuxième degré. Presque toujours, en effet, en même temps que les crachats deviennent plus visqueux, la poitrine percutée rend un son plus mat, et le bruit d'expansion pulmonaire devient nul ou se change en respiration bronchique.

La pneumonie est alors arrivée à son plus haut degré d'acuité. Les crachats restent quelque temps stationnaires, puis ils se présentent avec de nouveaux caractères, qui diffèrent selon que la maladie doit se terminer par réso-

lution, entraîner la mort, ou passer à l'état chronique.

Lorsque la pneumonie marche vers la résolution, la quantité de sang contenu dans les crachats commence à diminuer ainsi que leur viscosité. D'abord, il faut agiter un peu fortement le vase qui les contient, pour les en détacher ; un peu plus tard, il suffit de l'incliner légèrement; ils reprennent peu-à-peu les caractères qu'ils avaient dans le premier degré de la maladie, et enfin ils redeviennent ceux du simple catarrhe aigu.

On voit souvent des malades dont les crachats, après avoir été moins visqueux et moins sanguinolens, reprennent d'un jour à l'autre et leur viscosité première et leur couleur fortement rouillée. C'est un indice certain qu'il y a récrudescence dans la maladie, ainsi que le prouve d'ailleurs l'exacerbation simultanée des autres symptômes.

La résolution de la pneumonie est-elle surtout favorisée, comme l'a dit Cullen, par l'expectoration d'une matière épaisse, blanche ou jaunâtre, marquée de quelques filets de sang, qui sort en grande quantité sans exciter une toux violente? L'observation nous a démontré qu'une pareille expectoration n'est nullement nécessaire à la résolution complète de la maladie, et que celle-ci peut se terminer fort heureusement, bien que les crachats, qui ont perdu leur viscosité et qui ne sont plus teints de sang, restent aqueux, transparens, incolores, et cessent enfin d'être expectorés, sans avoir acquis un plus grand degré de *coction*, comme disaient les Anciens.

On commettrait toutefois une grave erreur si, d'après la seule inspection des crachats, qui sont revenus à un état purement catarrhal, on croyait que la pneumonie est parfaitement résolue. Il arrive, en effet, souvent que

la nature de l'expectoration semble annoncer que la résolution complète a eu lieu; et cependant l'auscultation fait encore entendre du râle crépitant. Celui-ci persiste chez beaucoup de malades pendant un temps plus ou moins long, après que les crachats ont cessé d'être caractéristiques.

Il est plus rare de voir l'expectoration pneumonique continuer à se montrer, lorsque déjà la cessation, ou du moins l'amélioration notable des autres symptômes semble annoncer une résolution presque complète de la phlegmasie. Nous en citerons cependant un exemple remarquable.

Un homme âgé de cinquante-neuf ans fut atteint, en 1820, d'une pleuro-pneumonie du côté gauche. Le troisième jour, crachats rouillés et visqueux; même expectoration les jours suivans. Sueur générale et copieuse le septième. Le huitième, amendement de tous les symptômes, persistance de l'expectoration. Le dixième jour, le râle crépitant qui s'était fait entendre, dès le commencement de la maladie, dans toute la partie postérieure gauche du thorax, est remplacé par le murmure naturel de la respiration; la dyspnée n'existe plus, la peau est sans chaleur, le pouls est à peine fébrile, et cependant les crachats conservent l'aspect qu'ils ont présenté dès le troisième jour de la maladie. Ils sont transparens, fortement rouillés, réunis en une masse gélatiniforme, mais peu adhérens au vase, tels qu'on les observe dans le passage du premier degré de la pneumonie au deuxième, ou dans le retour du deuxième degré au premier. Les jours suivans, le malade paraît en pleine convalescence. L'expectoration conserve néanmoins le

même caractère, et ne devient décidément catarrhale, que huit ou neuf jours après la disparition de tous les autres symptômes de la phlegmasie pulmonaire.

Il est vraisemblable que dans ce cas un point central du parenchyme était demeuré atteint d'un reste de phlegmasie, qui n'était plus annoncé que par la seule expectoration.

Lorsque la pneumonie, au lieu de se résoudre, devient de plus en plus grave, ou qu'elle tend à se terminer par suppuration, l'expectoration présente de nouveaux caractères importans à bien connaître.

Chez le plus grand nombre des malades, l'expectoration devient d'abord difficile et rare, puis elle se supprime entièrement. Mais chez les uns, et c'est le cas le plus ordinaire, la sécrétion de la matière des crachats continue de se faire; l'excrétion seule n'en est plus possible, soit à cause de leur extrême viscosité, soit à cause de la grande faiblesse du malade. Ils s'accumulent successivement dans les bronches, la trachée et le larynx, obstruent ces conduits, et la mort par asphyxie en est le fréquent résultat.

Chez d'autres malades, la sécrétion même de la matière des crachats cesse de se faire d'une manière plus ou moins brusque. On peut comparer alors l'état de la muqueuse bronchique à celui dont la surface, après avoir été le siége d'une suppuration abondante, se dessèche tout-à-coup.

Les maladies nombreuses qui compliquent si souvent la phlegmasie du poumon, sont une des causes fréquentes qui diminuent ou suspendent la sécrétion dont la muqueuse des bronches est le siége. Des purgatifs

donnés en grande quantité au commencement de la maladie produisent aussi, d'après Baglivi, la suppression de l'expectoration. Morgagni regarde les saignées intempestives, faites surtout chez les vieillards, comme propres à produire le même effet. Il dit à ce sujet : *Sunt plures medici qui ægros ob id interimunt, quia nesciunt ipsi quiescere.* Sydenham nous avertit aussi que des saignées trop souvent répétées suppriment l'expectoration, tandis que, faites avec plus de ménagement, elles servent souvent à la rétablir. Aux yeux du médecin, qui, fidèle à ces principes, n'a recours à la phlébotomie qu'avec un sage discernement, l'extraction d'une certaine quantité de sang est souvent le meilleur des expectorans : *Optimum in pulmonum inflammationibus expectorans remedium venæ sectio prudenter administrata habenda est.* (Frank.)

Lorsqu'on croyait que la pneumonie causée par une matière morbifique fixée sur le poumon, ne pouvait se résoudre qu'autant que cette prétendue matière était évacuée par les crachats, on pensait, dès qu'on les voyait se supprimer, que la matière morbifique restait dans les poumons, dont elle amenait peu à peu la dégénération, à moins qu'à l'aide d'une heureuse métastase elle ne sortît de l'économie avec les selles, les urines ou les sueurs. Telles sont les idées qui ont long-temps régné dans les Écoles, mais qu'on n'admet plus aujourd'hui, parce que l'existence de cette matière morbifique n'est prouvée par aucun fait, et que le danger de la suppression des crachats s'explique très-bien sans l'admettre. Que, sous l'influence d'une cause quelconque, l'inflammation du parenchyme pulmonaire soit exaspérée, la phlegmasie

simultanée dont la muqueuse bronchique est atteinte, est sympathiquement augmentée, et, comme dans toutes les inflammations des muqueuses portées au plus haut degré, toute sécrétion cesse de s'y opérer. L'exacerbation de la phlegmasie cause alors et les accidens graves qui se développent, et la suppression de l'expectoration.

On voit toutefois des malades, parvenus au plus haut degré d'une pneumonie intense, cesser tout-à-coup d'expectorer sans qu'aucun accident immédiatement fâcheux en résulte. (Obs. 38) Dans ce cas, il faut donc avoir égard à l'ensemble des autres symptômes, et se garder de porter un pronostic quelconque, d'après la seule circonstance de la suppression des crachats.

Chez d'autres malades mortellement frappés, les crachats ne se suppriment pas, mais ils changent d'aspect. Plusieurs de ces malades expectorent en petite quantité, pendant les dernières vingt-quatre heures de leur existence, quelques crachats opaques et plaqués d'un gris rougeâtre sale ; il y a la plus grande analogie entre cette espèce de crachats et ceux que rendent souvent les phthisiques peu de temps avant leur mort.

Enfin, dans quelques cas rares, l'expectoration continue à se montrer jusqu'à la mort avec la même abondance et les mêmes caractères que si la phlegmasie devait se terminer par résolution. Nous en avons vu un exemple frappant chez un vieillard qui fut apporté à la Charité, présentant tous les symptômes d'une pneumonie très-grave. Il succomba le septième jour. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, il présenta des crachats transparens, réunis en une masse gélatiniforme, adhérant fortement au vase, remarquables par leur couleur

safranée. Deux heures avant sa mort il avait encore expectoré une grande quantité de ces crachats. Nous trouvâmes le poumon gauche hépatisé en rouge depuis son sommet jusqu'à sa base : les bronches, examinées dans leurs gros troncs et jusque dans les plus petites ramifications, étaient d'un rouge rutilant très-intense.

La terminaison de la pneumonie par suppuration est-elle annoncée par une expectoration particulière? Les auteurs n'ont rien dit à cet égard. Parmi les individus morts d'une phlegmasie aiguë, chez lesquels nous avons trouvé le poumon en hépatisation grise, les uns avaient cessé d'expectorer dans les derniers temps de leur maladie; d'autres avaient rendu des crachats grisâtres, inodores, s'écoulant en nappe, véritablement purulens; chez d'autres, l'expectoration s'était conservée telle qu'elle se montre dans le cas d'hépatisation rouge. Enfin, chez un certain nombre de malades, nous avons vu dans ce troisième degré les crachats perdre leur aspect gélatiniforme, leur grande viscosité, leur teinte rouillée, et n'être plus formés que par un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme, d'un rouge brunâtre plus ou moins foncé, quelquefois même tout-à-fait noir, assez semblable à du jus de réglisse ou de pruneaux. Souvent la seule présence de cette espèce d'expectoration nous a porté à annoncer l'existence du troisième degré de la pneumonie, et presque toujours l'ouverture du cadavre a justifié notre diagnostic. (Obs. 23, 24, 25, 26, 27, 28.)

Cependant il ne faudrait pas regarder cette espèce de signe comme infaillible, les règles les plus générales ont leurs exceptions; et quelquefois nous avons observé les crachats jus de pruneaux que nous venons de décrire, chez

des individus dont les poumons n'étaient qu'en hépatisation rouge (Obs. 39 , 40) : nous les avons même rencontrés dans un cas où la pneumonie, assez légère, ne parut pas passer le premier degré et eut une issue favorable. (Obs. 41.)

Lorsque la pneumonie se termine par gangrène, cette terminaison est annoncée spécialement par l'expectoration d'un liquide d'abord verdâtre, puis d'un gris sale, rougeâtre par intervalle, exhalant une odeur fétide qui rappelle celle de la gangrène des parties externes. (Obs. 63 , 64.)

Il nous resterait encore à parler de l'expectoration, dans le cas où la pneumonie aiguë passe à l'état chronique, ou bien dans le cas de pneumonie chronique primitive; mais alors les crachats n'offrent plus aucun caractère particulier; ce sont ceux du catarrhe pulmonaire, dont ils peuvent affecter toutes les nuances. (Obs. 15, 17, du chap. I.) S'il arrive que les symptômes de la pneumonie chronique s'exaspèrent, de manière à ce que la maladie repasse momentanément à l'état aigu, ce changement est annoncé par la nature de l'expectoration, qui reprend sa viscosité, sa transparence et sa couleur rouillée.

Lorsqu'une pneumonie complique une maladie déjà ancienne du poumon, les crachats présentent des caractères variables qu'il est important de connaître. Quelquefois l'expectoration qui appartenait à l'affection préexistante du poumon, telle que bronchite chronique, tubercules, disparaît entièrement et est remplacée par l'expectoration qui annonce l'inflammation du parenchyme pulmonaire; mais souvent aussi l'on observe un mélange de l'une et de l'autre; leurs caractères se mas-

quent mutuellement, et l'on ne peut plus en tirer aucune induction relative au diagnostic ou au pronostic de la maladie. D'autres fois, après que les crachats qui appartiennent à la pneumonie se sont montrés seuls pendant long-temps, on voit reparaître, vers le déclin de la phlegmasie, l'ancienne expectoration. De là une nouvelle source d'erreurs. C'est dans des cas de ce genre qu'on a regardé comme appartenant encore à la pneumonie, et même comme en opérant la crise, des crachats blancs et opaques qui lui sont tout-à-fait étrangers, et qui dépendent d'un ancien travail bronchique, lequel, suspendu ou modifié par la pneumonie, revient à son premier état dès que l'inflammation du parenchyme commence à se résoudre.

Les considérations précédentes démontrent suffisamment combien l'étude approfondie de la nature de l'expectoration dans la pneumonie est importante, combien elle en éclaire le diagnostic. Cependant il s'en faut que toutes les pneumonies soient accompagnées d'une expectoration caractéristique : il est des pneumonies, légères ou graves, qui parcourent leurs diverses périodes, et qui se terminent les unes par la santé, les autres par la mort, et qui n'ont jamais présenté que les crachats d'une simple bronchite. (Obs, 42, 43, 44, 45.). L'absence complète d'expectoration caractéristique s'observe surtout dans les cas de pneumonies intercurrentes. (Observ. 58, 59.)

Rappellerons-nous ici que l'absence de toute expectoration pendant le cours d'une pneumonie a été regardée comme d'un aussi fâcheux augure que sa suppression? Ainsi Cullen pensait qu'il était très-rare qu'une pneu-

monie sans expectoration se terminât par résolution. Frank, tout en regardant avec Cullen l'absence des crachats comme un symptôme très-grave dans la pneumonie, avoue cependant qu'il a vu un assez grand nombre de malades guérir parfaitement, bien qu'ils n'eussent jamais eu aucune expectoration remarquable; mais il dit avoir observé chez eux un dépôt sédimenteux dans l'urine, et des sueurs très-abondantes qui, d'après lui, ont supplée avantageusement à l'évacuation qui devait avoir lieu par les crachats. Nous n'avons observé rien de semblable.

La couleur des crachats de la pneumonie dépend-elle constamment de la présence du sang? Ne sont-ils pas souvent aussi colorés par la bile? Nous sommes loin de prétendre nier cette dernière cause de coloration; nous en avons même cité un exemple (obs. 55); mais nous la regardons comme plus rare qu'on ne le pense communément, et nous croyons pouvoir généralement attribuer les couleurs variées des crachats à la quantité variable de sang qu'ils contiennent. Si, en effet, l'on mêle à de l'eau pure rendue visqueuse par l'addition d'un mucilage, un peu de sang dont on augmente graduellement la proportion, on la voit se teindre tour-à-tour en jaune de plus en plus foncé, puis en jaune verdâtre, puis en un jaune qui se confond avec le rouge, d'où résulte la couleur rouille de fer; puis enfin en un rouge intense. On retrouve également dans le sérum du sang, séparé du caillot, les diverses nuances du jaune, du vert et du rouge, selon la quantité plus ou moins grande de matière colorante qu'il a retenue. Les crachats pneumoniques sont très-communément jaunes au début de la

maladie ; ils acquièrent ensuite une teinte rouge bien prononcée ; puis, à mesure que l'inflammation diminue, on les voit devenir de nouveau jaunes ou verdâtres. Admettra-t-on que la bile et le sang s'y succèdent tour-à-tour, tandis que ce changement alternatif de couleur s'explique tout naturellement, en le regardant comme dû à la quantité variable de sang contenu dans la matière expectorée ?

53. Les différentes fonctions de la vie organique et animale éprouvent dans la pneumonie aiguë un trouble plus ou moins grand.

Au début de la maladie, la face est ordinairement rouge ; mais nous n'avons point observé, ainsi qu'on l'a souvent répété, que la joue du côté du poumon affecté fût plus rouge que l'autre. L'anatomie démontre d'ailleurs la futilité d'une pareille opinion. La coloration plus vive de la joue du côté affecté ne se manifeste que lorsque le décubitus a eu lieu pendant quelque temps sur le côté malade, et alors la rougeur plus grande de la joue ne doit être considérée que comme un phénomène purement mécanique. La rougeur des pommettes persiste tant qu'il y a une forte réaction. Si la dyspnée devient considérable, la face présente une teinte livide qui augmente avec la gêne de la respiration. Lorsque le poumon commence à s'infiltrer de pus, une pâleur caractéristique, une teinte quelquefois analogue à celle des affections cancéreuses se répand le plus ordinairement sur toute la face. Cet aspect de la face est souvent si tranché, qu'il nous a servi, dans quelques cas, plus qu'aucun autre signe, à diagnostiquer le troisième degré de la pneumonie.

54. Le délire se manifeste assez fréquemment pendant le cours de la pneumonie. Tantôt n'existant que par intervalles, et surtout pendant le redoublement du soir, c'est un symptôme peu grave. Tantôt, au contraire, il se montre d'une manière continue, et est accompagné d'autres phénomènes nerveux. Dans ce cas il peut être produit par une véritable méningite; mais le plus souvent on ne trouve d'autre lésion qu'une certaine quantité de sérosité limpide épanchée dans les ventricules, et surtout à la base du crâne. Le délire, dû à cette cause, se manifeste principalement lorsque la respiration est très-gênée; il semble qu'ici, comme chez les anévrysmatiques, comme dans tous les cas où il y a commencement d'asphyxie, l'épanchement séreux du cerveau résulte de la difficulté toute mécanique qu'éprouve le sang veineux à revenir de l'encéphale aux poumons à travers le cœur droit, gorgé et comme obstrué par le sang.

55. Le décubitus dans la pneumonie a fixé depuis longtemps l'attention des praticiens; on a donné comme l'un des signes caractéristiques de l'inflammation du poumon, le décubitus constant sur le côté malade. Or, rien n'est moins exact. Au début de la pneumonie, comme dans son cours, il y a à peine un malade sur quinze qui affecte ce décubitus : tous les autres restent constamment couchés sur le dos. Ce n'est pas dans la pneumonie, mais dans certains épanchemens pleurétiques, qu'on observe ce décubitus sur le côté affecté, ainsi que nous l'établirons plus tard.

56. L'état du pouls est infiniment variable; son carac-

tère le plus commun est d'être fréquent et large. Lorsque l'inflammation est très-intense, il présente quelquefois une petitesse remarquable, qui disparaît après d'abondantes émissions sanguines. Chez d'autres malades, il existe une faiblesse réelle du pouls, qui est augmentée par la saignée. Autant de nombreuses évacuations sanguines sont utiles dans le premier cas, autant elles seraient nuisibles dans le second. La brusque suppression des crachats, l'augmentation de la dyspnée, une prostration rapidement mortelle, ont été plus d'une fois le résultat de ces saignées intempestives. C'est au contraire le cas d'employer alors des révulsifs énergiques. Il est souvent bien difficile d'établir *à priori*, et d'après la seule considération des autres symptômes, la distinction du pouls réellement faible, et de celui qui n'en a que l'apparence. Les effets de la saignée peuvent surtout servir à établir cette distinction.

Quelquefois, au contraire, après d'abondantes saignées, et lorsque tout annonce que l'inflammation diminue, le pouls ne perd rien de sa force et de sa dureté; mais souvent alors, et c'est surtout ce qu'on observe chez les vieillards, la dureté du pouls n'annonce pas l'intensité de l'inflammation, ou la force de la réaction générale; elle est liée à une hypertrophie du cœur, bornée au ventricule gauche, dont les parois sont épaissies aux dépens de la cavité. On sent combien une pareille circonstance est importante à connaître sous le rapport du traitement.

Il est rare que, même dans les cas les plus graves, à moins de complication de lésion organique du cœur, le pouls présente une intermittence ou une irrégularité bien prononcée.

La grande fréquence du pouls annonce le danger de la maladie. Il est rare que la guérison ait lieu, lorsque l'on compte plus de cent-trente battemens par minute. La fréquence des pulsations artérielles est toujours en raison directe de la fréquence des mouvemens inspiratoires; toutefois, dans les derniers temps de la vie on observe assez souvent que le pouls perd sa fréquence et semble être revenu à son état naturel, bien que la respiration devienne de plus en plus accélérée. C'est un signe constamment mortel.

Lorsque les différens symptômes rationnels de la pneumonie ont disparu, qu'il n'y a plus ni dyspnée, ni expectoration, ni toux, ni fièvre proprement dite, il arrive quelquefois que le pouls reste plus fréquent que dans son état physiologique. Cette fréquence inaccoutumée, sans qu'il y ait d'ailleurs élévation du pouls ni chaleur à la peau, ne doit pas être négligée; elle doit faire craindre la persistance d'un reste de travail pathologique dans les poumons, et le plus ordinairement l'auscultation en donne la certitude. D'autres fois, au contraire, en raison sans doute de la différence d'activité des sympathies chez les différens individus, la circulation cesse d'être troublée lorsqu'il y a encore un peu de dyspnée et de toux, et que l'auscultation annonce que la phlegmasie n'est pas encore complètement résolue.

57. Un des phénomènes les plus constans que l'on observe dans la pneumonie, c'est l'état couenneux du sang. Nous avons noté avec soin, dans la plupart des observations particulières, les différences offertes par la couenne, sous le rapport de sa consistance, de son épaisseur, de

sa couleur, de sa forme. Nous avons pu voir dans quelques cas la relation évidente qui existait entre la présence de cette couenne et l'existence actuelle de la phlegmasie pulmonaire. En effet, des individus ont été saignés avant qu'ils n'eussent encore présenté aucun signe de pneumonie, ou bien après la cessation de celle-ci. Leur sang n'était pas alors couenneux. Ces mêmes individus furent aussi saignés pendant le cours de la pneumonie, et alors leur sang se couvrit d'une couenne. (Obs. 22.)

58. Les fonctions digestives n'ont présenté de phénomène notable, hors les cas de complication, que la blancheur de la langue, l'anorexie, une soif peu intense. Ces phénomènes se retrouvent dans les maladies les plus graves comme dans les plus légères; ils démontrent les liens intimes qui unissent les fonctions digestives à celles de tous les autres organes.

Nous aurions encore à traiter ici de l'état des différens liquides sécrétés, et spécialement de la sueur et de l'urine. Nous nous réservons d'en parler plus bas.

59. Nous venons de passer en revue les différens symptômes de la pneumonie; mais, pour mieux les étudier, nous les avons considérés isolément les uns des autres; étudions maintenant comment ils apparaissent, se combinent et se succèdent dans les différentes phases de la maladie. Exposons d'abord les cas les plus communs; nous signalerons ensuite les exceptions.

La douleur est ordinairement le premier symptôme qui se manifeste avec ou sans frisson initial; en même temps la respiration est gênée, le malade tousse sans expectorer; l'auscultation, pratiquée dès cette première

période, fait le plus souvent entendre un peu de râle crépitant qui n'est point encore assez fort pour masquer entièrement le bruit d'expansion pulmonaire. La poitrine percutée résonne encore très-bien. — Il y a un mouvement fébrile plus ou moins prononcé. Cet ensemble de phénomènes constitue la première période de la maladie. Du deuxième au troisième jour de nouveaux symptômes apparaissent; l'expectoration, jusqu'alors nulle ou purement catarrhale, se caractérise; elle n'est d'abord que médiocrement visqueuse, et diversement colorée, suivant la quantité variable de sang qu'elle contient. Le râle crépitant plus intense masque de plus en plus le bruit d'expansion pulmonaire; la sonoréité des parois thorachiques commence à devenir moindre du côté où existent le râle crépitant et la douleur; celle-ci est ordinairement moins vive qu'au début. La dyspnée augmente; on la reconnaît facilement aux inspirations courtes, rapprochées, qu'exécute le malade, bien que très-souvent il assure ne ressentir aucune oppression. Si la douleur est vive, le décubitus sur le côté affecté est impossible; le malade ne se couche pas non plus sur le côté sain, parce qu'il respire alors plus difficilement; presque constamment il reste couché sur le dos. La fièvre persiste avec des nuances infinies sous le rapport des caractères du pouls, de la température de la peau, de son degré d'humidité ou de sécheresse.

Dans cet état, la pneumonie, déjà parvenue à un assez haut degré d'acuité, n'est encore cependant qu'à son premier degré. Souvent alors elle reste plus ou moins long-temps stationnaire, puis elle rétrograde : la dyspnée diminue; la légère matité du son disparaît; le râle

crépitant est peu-à-peu remplacé par le bruit naturel d'expansion pulmonaire; les crachats redeviennent ceux de la simple bronchite; le mouvement fébrile est d'abord moins intense, puis il cesse entièrement.

D'autres fois, au lieu de rétrograder vers la résolution, la pneumonie devient plus grave, bien qu'elle ne dépasse pas encore le premier degré. Cette augmentation de gravité est le résultat ou bien de la propagation de l'engouement inflammatoire à une plus grande étendue du parenchyme pulmonaire (obs. 7, 8), ou bien d'une inexplicable idiosyncrasie; toujours est-il que la dyspnée augmente de plus en plus, et que la mort peut survenir, la pneumonie n'étant pas au-delà de son premier degré. (Obs. 8, 9.)

Dans le plus grand nombre des cas, toutefois, il n'en est pas ainsi. Ordinairement, si l'engouement inflammatoire ne se résout pas, si les symptômes qui l'annonçaient s'exaspèrent, on doit redouter l'invasion du second degré. On a la certitude qu'il existe lorsqu'on observe les phénomènes suivans. La respiration devient de plus en plus gênée, courte, accélérée; la parole cesse d'être libre; le malade ne peut plus prononcer qu'en haletant quelques mots entrecoupés. Les crachats acquièrent une viscosité telle, qu'ils ne peuvent plus être détachés du vase. Le son de la poitrine, du côté affecté, est décidément mat; d'abord on entend encore un peu de râle crépitant sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire; puis ce râle disparaît, et alors en appliquant l'oreille sur les parois thorachiques, ou bien on ne perçoit plus aucune espèce de sensation, ou bien on entend, là où le son est mat, la respiration bronchique qu'ac-

compagne presque constamment une résonnance toute spéciale de la voix. Le décubitus continue d'avoir lieu sur le dos. Le pouls, très-fréquent, reste fort et plein, ou bien il présente une faiblesse quelquefois réelle, le plus souvent apparente. A ce degré, le pronostic est toujours fort grave; les malades succombent rapidement dans un véritable état d'asphyxie.

Toutefois à ce degré la résolution peut encore s'opérer. Alors la matité du son diminue; la respiration bronchique disparaît; on entend de nouveau du râle crépitant, d'abord seul, puis mêlé au bruit naturel d'expansion pulmonaire, qui s'entend seul à son tour. Les crachats repassent à l'état catarrhal; en même temps la dyspnée et la fièvre diminuent, puis cessent entièrement. (Obs. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.)

Il est souvent impossible de distinguer, d'après la nature des symptômes, ce second degré du troisième. Celui-ci n'a véritablement d'autre signe caractéristique que l'expectoration aqueuse et brunâtre, plus ou moins semblable à du jus de pruneaux, que nous avons précédemment décrite; mais ce signe lui-même n'est pas infaillible, car d'une part cette expectoration peut se montrer sans qu'il y ait hépatisation grise (obs. 39, 40, 41), et d'autre part celle-ci peut exister sans une semblable expectoration (obs. 42, 46, 55, 56, 57). L'extrême pâleur de la face, son aspect comme cadavérique plusieurs jours avant la mort, ne peuvent que fournir de simples probabilités.

Ce n'est pas non plus sur l'époque de la maladie que l'on peut se fonder pour annoncer l'existence du second ou du troisième degré; car tantôt dès le cinquième jour

le poumon est en suppuration ; tantôt, après quinze ou vingt jours, il n'est encore qu'en hépatisation rouge.

S'il arrivait que le pus disséminé dans le parenchyme pulmonaire se réunît en un foyer, et que l'abcès qui en résulterait communiquât avec les bronches, l'auscultation ferait entendre vraisemblablement et du gargouillement et de la pectoriloquie, comme dans le cas d'excavations tuberculeuses.

Une fois que la pneumonie a atteint le troisième degré, est-elle encore susceptible de se guérir? Nous ne possédons aucun fait qui puisse donner la solution de cette question. Peut-elle même être résolue dans l'état actuel de la science? Dans tous les cas de guérison, quel signe pourra donner la certitude qu'il y a eu véritablement suppuration du poumon? On a publié à la vérité des observations d'abcès du poumon, suite de pneumonie, terminés par guérison; mais les signes tirés de l'auscultation, qui ont été regardés dans les cas de ce genre comme annonçant l'existence d'un abcès pulmonaire, et qui ont disparu ensuite à mesure que la guérison s'opérait, sont précisément ceux que nous regardons, d'après de nombreuses vérifications faites sur le cadavre, comme caractérisant simplement une hépatisation rouge ou grise (respiration bronchique, et modification de la voix qui coïncide avec elle). Nous pensons en conséquence que, dans les observations de ce genre récemment publiées, on a rapporté exclusivement à un abcès les signes de l'hépatisation.

La terminaison par gangrène est annoncée par la fétidité de l'haleine et par les crachats caractéristiques précédemment décrits. (Obs. 63, 64.)

60. La résolution de la pneumonie, comme celle de toutes les maladies, peut s'opérer avec ou sans crises, c'est-à-dire, être, ou non, accompagnée de phénomènes dont l'apparition coïncide d'une manière tranchée avec l'amélioration lente ou subite des symptômes. Parmi ces phénomènes critiques, le plus commun et le plus évident est l'augmentation de la transpiration cutanée. Sous ce point de vue, l'on peut distinguer dans la pneumonie plusieurs espèces de sueurs. Les unes existent pendant tout le cours de la maladie; le travail continuel dont la peau est alors le siége, semble être une circonstance favorable qui rend la maladie moins grave et en facilite la résolution; mais cette espèce de sueur n'est pas proprement une sueur critique; elle est symptomatique. (Obs. 10.)

A quelques exceptions près (obs. 8), on peut établir, en principe général, que l'humidité habituelle de la peau, dans la pneumonie, est d'un bon augure. Il arrive souvent que, dans ce cas, et sans qu'aucun autre phénomène notable ait apparu, la pneumonie se termine peu à peu par résolution; mais d'autres fois la sueur se montre tout-à-coup en quantité beaucoup plus grande, si elle existait déjà, ou bien elle s'établit brusquement, si la peau était jusqu'alors restée sèche; et, dans ces deux cas, on voit les symptômes de la phlegmasie s'amender rapidement; souvent alors les malades passent en quelques heures d'un état fort grave à la convalescence. (Obs. 1, 4, 11, 15.)

Dira-t-on que la sueur n'est ici qu'un simple effet? Mais, dans ce cas, pourquoi, avant l'apparition du phénomène critique, observerait-on le plus souvent une

exaspération momentanée des symptômes? Le contraire ne devrait-il pas arriver? L'amélioration ne devrait-elle pas précéder la sueur, loin de la suivre?

Il n'est aucune maladie dans laquelle l'existence des sueurs critiques nous semble plus parfaitement démontrée que dans la pneumonie : *Ut plurimùm per sudores terminatur peripneumonia.* (Frank.) Quant à l'explication du fait, elle ne nous semble pas aisée à donner d'une manière rigoureuse. Dira-t-on que la sueur guérit la pneumonie par le déplacement de l'*irritation?* Mais, pour qu'une irritation en guérisse une autre, il faut qu'elle soit supérieure à celle-ci : or, est-ce l'irritation légère de la peau pendant le travail de la sueur qui déplacera l'irritation bien autrement intense qui existe dans le poumon enflammé? un violent érysipèle produirait à peine un pareil effet.

La pneumonie se juge encore par d'autres phénomènes critiques. Ainsi, nous avons rangé au nombre des crises la diarrhée qui termina la pneumonie dont il est question dans l'observ. 2. Nous n'avons cité qu'une seule observation de pneumonie terminée par une hémorrhagie critique (obs. 7); les auteurs n'en citent eux-mêmes qu'un très-petit nombre d'exemples bien constatés. Un cas remarquable d'hématurie critique a été cependant rapporté par M. le docteur Latour, d'Orléans.

Un garçon boulanger, dit ce médecin, sortant de son travail tout en sueur, s'exposa à un air très-froid. Aussitôt, frisson, lassitudes spontanées, pouls fort, dur; douleur latérale très-aiguë, crachats sanguinolens. Le lendemain, deux saignées; un peu de calme. Le troisième jour, légère complication gastrique; un grain

d'émétique. Le soir, exacerbation des accidens de la veille; douleur latérale insupportable. Troisième saignée qui soulage un peu. Le quatrième jour, douleur de côté encore plus violente. Sangsues, vésicatoire; vers le soir, paroxysme intense, nuit agitée, léger délire. Le cinquième, douleur aiguë et pulsative dans la région lombaire, suppression de l'urine : vers le soir, la douleur des lombes devient atroce; un demi-bain semble la calmer; elle reprend bientôt plus d'intensité. Enfin, le malade, dans un état voisin du délire, sent le besoin d'uriner, et rend par l'urètre en une seule fois près d'une chopine de sang vermeil et sans aucun mélange. Dès-lors les accidens se calment, et la maladie est jugée. Le sixième jour, l'excrétion naturelle de l'urine se rétablit. La convalescence fut courte.

On a dit que la pneumonie se jugeait souvent par des abcès qui avaient spécialement leur siége dans les membres supérieurs : nous n'avons rien observé de semblable.

Enfin, au nombre des crises de la pneumonie, on a placé l'expectoration. Boerrhaave et son célèbre commentateur Van-Swieten regardant la pneumonie comme le résultat de l'obstruction sanguine des artères du poumon, pensaient que le sang qui obstruait les petits vaisseaux, où il subissait une modification qui le transformait en matière morbifique, passait, au bout d'un temps plus ou moins long, de ces vaisseaux dans les bronches; si ce passage ne pouvait avoir lieu, il était emporté dans le torrent circulatoire, et sortait de l'économie avec les urines, les selles, les sueurs, etc. De là, différentes crises, parmi lesquelles l'expectoration devait être considérée comme la plus fréquente et la plus salutaire.

Mais de pareilles idées ne peuvent plus être admises aujourd'hui : les crachats sanguinolens de la pneumonie ne doivent pas plus être considérés comme une crise de cette maladie, que le pus formé à la surface de la plèvre ou du péritoine enflammés ne peut être considéré comme jugeant la pleurésie ou la péritonite.

61. La convalescence des pneumonies est ordinairement courte, lorsqu'elle est franche et vraie. Dès que l'inflammation pulmonaire a cessé, les forces reviennent avec une incroyable facilité, malgré le nombre et l'abondance des émissions sanguines qui ont été pratiquées; mais, plus peut-être que dans aucune autre maladie, il faut ici redouter les fausses convalescences. Chez un grand nombre de malades, un reste de phlegmasie pulmonaire, annoncé par l'auscultation, persiste pendant un temps plus ou moins long après que les différens symptômes rationnels de la pneumonie semblent avoir disparu; cependant il est rare que, dans ce cas, l'examen attentif des différentes fonctions ne porte pas à soupçonner ce reste de phlegmasie. Ainsi le malade ne sent plus aucune dypsnée, ses mouvemens inspiratoires semblent naturels, la parole est libre; mais s'il se livre à de grands mouvemens, s'il veut faire une inspiration profonde, s'il soutient une longue conversation, l'observateur attentif ne tarde pas à reconnaître que la respiration devient courte, accélérée, et que, suivant une expression vulgaire, le malade s'essouffle facilement. Après les repas, cette gêne de la respiration reparaît également. Il n'y a pas proprement de fièvre; mais le pouls conserve un peu de sa fréquence, et le soir le

malade éprouve de la fatigue et du malaise. Si alors on ausculte la poitrine, on trouve un râle crépitant plus ou moins prononcé là où précédemment on a reconnu la pneumonie. L'ensemble des symptômes que nous venons de retracer peut être plus ou moins tranché; s'ils ne sont que peu marqués, ils échapperont facilement à l'investigation; si l'auscultation n'est pas pratiquée, le malade sera regardé comme complètement guéri. Qu'est-il besoin de dire que de cette erreur de diagnostic doivent résulter presque nécessairement soit une prompte rechute, soit une désorganisation lente du parenchyme pulmonaire? Un des plus précieux avantages de l'auscultation est certainement d'empêcher que d'aussi funestes méprises soient possibles; tant est admirable la précision avec laquelle l'auscultation indique, dans ce cas, le véritable état du poumon!

Nous avons encore à indiquer une autre cause, malheureusement trop fréquente, des fausses convalescences, à la suite de la pneumonie : cette cause réside dans le développement rapide de tubercules pulmonaires. Il semble, dans ce cas, que, préexistant à l'inflammation, ils reçoivent de celle-ci une funeste impulsion qui favorise et leur multiplication et leur ramollissement. Souvent alors, en même temps que les tubercules se développent, la phlegmasie du parenchyme cesse entièrement, de sorte que la poitrine résonne parfaitement bien, et que la respiration s'entend partout avec netteté, mais pourtant avec plus d'intensité que dans l'état naturel : cependant les forces, loin de se rétablir, diminuent chaque jour; le malade maigrit, il tousse et respire difficilement; il a chaque soir un petit mouvement

fébrile. Ces symptômes se dessinent de plus en plus, et bientôt il n'y a plus de doute sur l'existence d'une phthisie pulmonaire dont la marche est souvent très-rapide. (Obs. 49.) Morton avait très-bien décrit cette espèce de phthisie, qu'il appelait *phthisis à peripneumonià.*

La convalescence de la pneumonie n'est pas seulement entravée par les deux causes précédentes; quelquefois le poumon reste engoué de sang ou de sérosité. Cet engouement n'est pas inflammatoire, car il ne cède point aux antiphlogistiques, et se dissipe au contraire par l'emploi d'une médication tonique; c'est une sorte d'infiltration passive qui succède à l'inflammation. C'est ainsi qu'on a vu plus d'une fois, chez des individus débilités par une cause quelconque, l'œdème suivre l'érysipèle des membres inférieurs; c'est encore ainsi qu'on observe souvent, à la suite des entérites, une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux, etc. Le râle crépitant, une dyspnée légère, l'absence de fièvre, un état de langueur générale, accompagnent cette sorte d'engouement pulmonaire. De pareils signes sont sans doute insuffisans pour le distinguer d'un véritable état de phlegmasie, et le traitement est alors la véritable pierre de touche. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, ce n'est souvent qu'à force de tâtonnemens qu'on peut parvenir à établir un bon diagnostic, et par suite un traitement convenable. L'engorgement passif des poumons ne survient pas seulement à la suite des pneumonies; il survient vers la fin de beaucoup d'autres affections de longue durée, pendant le cours desquelles le décubitus a eu constamment lieu sur le dos; plus d'une fois nous l'avons vu céder à l'administration de la tisane

de polygala et du kermès, après qu'il avait résisté à l'emploi long-temps continué de simples boissons adoucissantes, et même aux émissions sanguines. Un exercice modéré, un air sain, un régime un peu nutritif, doivent aussi en hâter la résolution.

62. C'est une grande question, souvent débattue depuis Hippocrate jusqu'à nous, de savoir si les maladies ont une tendance naturelle à se terminer au bout d'un certain nombre de jours fixes, appelés jours critiques. Une pareille question ne saurait être décidée *à priori*; c'est aux faits seuls qu'il appartient de prononcer. La pneumonie est une des maladies où la question semble plus facile à résoudre, parce que, d'une part, l'époque précise de son début est le plus souvent très-bien marquée, et parce que, d'autre part, l'époque de sa terminaison est souvent aussi très-tranchée. Remarquons, d'ailleurs, que dans un hôpital il est difficile de savoir toujours exactement comment et quand a commencé la maladie; aussi est-ce plutôt dans la pratique civile que peuvent être faites les recherches convenables sur les périodes des maladies et sur leurs jours critiques. Voici, du reste, un résumé de nos observations sur la durée de la pneumonie dans cent douze cas.

Nombre des pneumonies.	Durée.
3	4 jours.
2	5
6	6
23	7
2	8

4	9
11	10
13	11
1	12
2	13
11	14
2	15
2	16
9	20
1	27
1	42

Parmi les pneumonies dont l'époque précise de la terminaison n'a pu être déterminée,

3 ont duré.	de 5 à 7	jours.
12	7 à 14	
7	14 à 20	
4	20 à 30	

Il résulte de ce tableau que les jours où l'on a observé la terminaison du plus grand nombre des pneumonies, sont le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième.

De ces cent douze pneumonies, une seule a duré plus de trente jours et a pu être considérée comme une affection chronique. Les auteurs ne nous semblent pas avoir suffisamment appelé l'attention sur l'extrême rareté des pneumonies chroniques sans complication de tubercules ou de mélanoses. Depuis l'espace de cinq années, nous n'avons vu à la Charité que très-peu d'exemples d'hépatisation rouge ou grise du poumon qui eût plus de deux mois de date. Comment se fait-il, ce-

pendant, que la pneumonie chronique soit généralement regardée comme une maladie assez commune? C'est que très-vraisemblablement on a confondu souvent des épanchemens pleurétiques avec des inflammations du parenchyme pulmonaire. Cependant un exemple bien tranché de pneumonie chronique a été rapporté par Bayle dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire.* (Obs. 46.) La maladie avait duré de trois mois et demi à quatre mois; elle avait débuté d'une manière sourde, et on l'avait prise pour une phthisie. On trouva une hépatisation rouge complète du poumon droit.

63. S'il est infiniment rare de trouver une pneumonie chronique sans complication, il est au contraire très-commun de trouver dans un état d'inflammation chronique les portions du poumon qui entourent les tubercules ramollis. Peut-on dire que, dans ce cas, la pneumonie a précédé la formation des tubercules? Nous ne le pensons pas. En effet, dans le premier degré de la phthisie, lorsque les tubercules sont encore crus et peu nombreux, la poitrine conserve une sonoréité parfaite et la respiration s'entend partout avec une grande netteté: c'est là le cas le plus général. Le parenchyme pulmonaire n'est donc pas alors enflammé. Si les malades meurent, l'ouverture du cadavre démontre aussi cette absence de phlegmasie. Plus tard, lorsque les tubercules se multiplient et commencent à se ramollir, on entend souvent en plusieurs points du râle crépitant, sans que d'ailleurs il y ait encore obscurcissement du son. Si la mort survient à cette époque, on trouve autour des masses tuberculeuses le tissu pulmonaire fortement engoué, souvent

ramolli. (Premier degré et commencement du deuxième.) Enfin, à une époque encore plus avancée, lorsqu'il y a ramollissement plus considérable des tubercules et formation de cavernes, le son est le plus souvent mat autour des points où l'auscultation découvre l'existence des excavations tuberculeuses, et là aussi on trouve après la mort le poumon dur, imperméable à l'air, grisâtre, infiltré de pus, en un mot, tel qu'il existe dans le troisième degré de la pneumonie. Nous ne confondons pas d'ailleurs cette infiltration purulente avec l'infiltration tuberculeuse, si bien décrite par M. Laënnec.

Ces faits nous semblent prouver d'une manière incontestable, qu'ici la pneumonie chronique, consécutive à la formation des tubercules, résulte de l'irritation continuelle que ces derniers entretiennent dans le parenchyme pulmonaire qui les entoure. Il s'en faut qu'il soit aussi aisé de prouver que les tubercules ne sont pas le produit d'une bronchite antécédente : mais ce n'est point ici le lieu d'aborder cette question.

Aucune expectoration caractéristique, aucun signe autre que ceux fournis par l'auscultation et la percussion, n'annoncent l'existence de ces pneumonies chroniques consécutives. Elles sont une des causes qui accélèrent la mort des phthisiques, soit par le seul fait de leur existence, soit parce qu'elles favorisent le développement et le ramollissement des tubercules. Elles peuvent être combattues avec avantage, surtout à leur premier degré, par un traitement antiphlogistique bien dirigé. Les émissions sanguines sont indiquées dans le cours de la phthisie bien plutôt pour faire avorter ces pneumonies intercurrentes, que pour combattre direc-

tement l'affection tuberculeuse, sur laquelle elles ne semblent avoir qu'une bien douteuse influence.

64. Après avoir étudié la pneumonie, telle qu'elle se présente dans le plus grand nombre des cas, passons rapidement en revue ses nombreuses variétés; toutes sont importantes à bien connaître.

De ces variétés, les unes sont relatives au siége. Ainsi la pneumonie peut affecter les deux poumons ou un seul : bornée à un seul poumon, elle peut n'être composée que de quelques portions circonscrites, s'être en quelque sorte disséminée sur plusieurs points isolés, et constituer de cette manière un nombre plus ou moins considérable de petites inflammations partielles. Dans le cas de pneumonie double encore plus intense, l'égale diminution du son des deux côtés rend nuls, ou du moins infidèles, les renseignemens fournis par la percussion : il n'est pas d'ailleurs besoin de dire que le pronostic devient alors beaucoup plus grave. Dans le cas de pneumonies partielles, l'auscultation et la percussion sont souvent inutiles, en raison du siége profond et peu étendu de l'inflammation; souvent alors l'expectoration seule révèle la véritable nature de la maladie et la distingue d'une simple bronchite aiguë.

D'autres variétés très-importantes sont relatives à l'absence d'un ou de plusieurs symptômes, d'où résulte la pneumonie latente. Il est bien démontré qu'une phlegmasie intense du parenchyme pulmonaire peut exister sans être annoncée par la dyspnée, la toux, les crachats. Quelquefois même il peut arriver qu'en même temps que ces signes manquent, l'auscultation et la percussion

cessent elles-mêmes de révéler le véritable état du poumon (obs. 46) : le diagnostic devient alors impossible à établir. Nous avons déjà fait remarquer que ces pneumonies latentes, rarement primitives, surviennent surtout lorsqu'une inflammation du poumon complique une autre maladie.

Les différens âges des individus atteints de pneumonie apportent dans les symptômes des nuances assez prononcées pour constituer surtout deux remarquables variétés de cette phlegmasie, savoir, la pneumonie des enfans et la pneumonie des vieillards.

Nous comprenons sous le nom de pneumonie des enfans celle qui les frappe depuis leur naissance jusqu'à l'âge de dix ans. Pendant toute cette période la pneumonie est très-fréquente, et elle est une des causes puissantes de la mortalité des enfans : elle est donc très-importante à bien connaître. Les symptômes qui l'annoncent sont le plus souvent très-obscurs. En effet, chez les enfans l'expectoration est nulle; si la pneumonie n'est qu'au premier degré et peu étendue, la percussion ne fait souvent reconnaître aucune différence de son dans les différens points de la poitrine. Presque jamais l'on n'observe une matité aussi considérable que chez l'adulte; mais souvent, en comparant attentivement le son rendu des deux côtés, on trouve non pas un véritable son mat, mais une sonoréité moins grande du côté où existe la pneumonie. De ce même côté, l'auscultation fait entendre du râle crépitant avec les mêmes modifications qu'il présente chez l'adulte. Il est infiniment rare qu'on cesse d'entendre entièrement ce râle; mais plus souvent que chez l'adulte il se confond avec le râle mu

queux. Il est d'ailleurs des cas fréquens où, en raison du siége de la pneumonie, la respiration conserve toute sa netteté : dans ce cas, la toux, la dyspnée et la fièvre ne sont plus des signes suffisans pour caractériser la pneumonie; la dyspnée elle-même peut d'ailleurs ne pas exister, comme dans beaucoup de pneumonies des adultes.

Cependant le diagnostic est ici d'autant plus important à établir, qu'il peut exercer sur le traitement la plus grande influence. Dans plus d'un cas de pneumonie, il est arrivé qu'on a considéré la toux et la dyspnée comme le résultat purement mécanique de l'accumulation des mucosités dans les bronches ; on n'a cherché qu'à débarrasser celles-ci par l'administration des vomitifs et de divers expectorans décisifs, et l'on a négligé l'emploi des émissions sanguines, qui, en détruisant la cause, auraient fait cesser l'effet. Il est toutefois très-vrai de dire, qu'à la suite des saignées les enfans sont souvent soulagés par l'administration d'un doux vomitif, qui supplée très-avantageusement à l'expectoration ; mais gardons-nous de mettre ce moyen secondaire à la place du moyen principal.

L'ouverture du cadavre montre rarement chez les enfans une véritable hépatisation rouge ou grise des poumons ; le plus souvent on observe un simple engouement avec ou sans ramollissement du tissu. C'est ce même état que nous avons précédemment indiqué chez les adultes, et qui indique, comme nous l'avons déjà dit, le passage du premier au deuxième degré. C'est chez les enfans qu'on rencontre le plus fréquemment les petites inflammations partielles que nous avons signalées; ces inflammations occupent une foule de points, séparés

par un tissu très-sain, et dont chacun égale souvent à peine le volume d'une noisette. De là aussi la fréquente insuffisance de l'auscultation et de la percussion dans un grand nombre de pleuro-pneumonies des enfans : l'inflammation se trouvant, en quelque sorte, disséminée chez eux sur un grand nombre de points, il s'en suit que c'est seulement aussi par points isolés que la sonoréité sera diminuée et le bruit respiratoire modifié.

La pneumonie des vieillards se présente souvent telle qu'on l'observe dans l'âge moyen de la vie; mais elle produit en général une prostration beaucoup plus rapide; il semble aussi que chez eux l'inflammation pulmonaire arrive plus facilement et plus promptement au troisième degré. Elle complique souvent la bronchite chronique dont beaucoup de vieillards sont atteints : on observe alors une grande dyspnée qui fixe surtout l'attention; et, d'après ce phénomène principal, on donne à la maladie le nom de catarrhe suffocant. Dans un grand nombre de cas de ce genre l'expectoration est nulle, et les mucosités accumulées en grande quantité dans les bronches produisent un râle muqueux qui empêche que l'auscultation n'éclaire sur l'état du parenchyme pulmonaire.

Ici, comme dans la pneumonie des enfans, les différens moyens à l'aide desquels on cherche à favoriser l'expectoration peuvent être utiles; mais ils ne doivent pas former la base du traitement. Malgré le grand âge et la faiblesse des malades, il ne faut pas hésiter à pratiquer hardiment des émissions sanguines. Si cependant aucun soulagement ne suit les premières saignées faites avec la lancette ou les sangsues; si, après qu'elles ont été pratiquées, la prostration augmente, il faut renoncer de

bonne heure à leur emploi, et recourir aux révulsifs, appliqués tour à tour sur la poitrine et sur les membres.

La pneumonie présente encore plusieurs variétés relatives à ses complications, telles que fièvres graves, pleurésies avec épanchement, péricardites, arachnitis, gastro-entérites, tubercules pulmonaires, anévrysmes du cœur, etc. Les symptômes de ces diverses maladies et ceux de la pneumonie se masquent, se compliquent; il faut alors une grande habitude clinique pour démêler dans cet ensemble de phénomènes morbides ce qui appartient à la lésion de tel ou tel organe. Nous ne pouvons à cet égard rien dire de général, et nous renvoyons aux observations particulières consignées dans l'article 4.

On a encore décrit, comme une variété de l'inflammation du poumon, la fausse pneumonie (*peripneumonia notha vel spuria.*) Sous cette dénomination doivent se ranger plusieurs affections qui simulent effectivement par plusieurs de leurs symptômes la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, mais qui en diffèrent essentiellement par la nature de la lésion organique. Ainsi une bronchite aiguë, accompagnée de fièvre, de dyspnée, de crachats visqueux, peut en imposer pour une pneumonie; mais, dans ce cas, la poitrine reste sonore, on n'entend que du râle bronchique, et les crachats, bien que présentant souvent des stries de sang, ne sont pas uniformément combinés avec ce liquide. Il est cependant des cas où la bronchite aiguë semble se confondre avec un commencement d'inflammation du parenchyme, et la distinction précise entre ces deux maladies devient alors très-difficile à établir. Heureusement, une pareille distinction est peu importante dans la pratique; car une

bronchite générale très-aiguë, et une pneumonie au premier degré encore peu étendue, offrent un danger à-peu-près égal et présentent les mêmes indications à remplir.

Une autre sorte de fausse pneumonie est celle qui résulte de la congestion sanguine dont les poumons sont fréquemment le siége au début des fièvres éruptives (variole, rougeole et scarlatine). Les malades éprouvent alors une dyspnée plus ou moins violente, qui cesse comme par enchantement, en même temps que l'éruption se manifeste. (Obs. 60.) Est-ce de cette simple congestion sanguine que dépend la légère matité de la poitrine qui avait été remarquée par Avenbrugger et Corvisart, chez les individus qui sont au début d'une fièvre éruptive?

Pendant le cours et à la fin de beaucoup de maladies chroniques, les poumons présentent aussi, surtout postérieurement, une congestion séreuse ou sanguine qui diffère de la précédente en ce qu'elle semble être essentiellement passive. On dirait que dans ce cas le sang engorge les poumons, comme chez les scorbutiques il engorge le tissu des gencives, la peau, les différentes membranes muqueuses, comme chez d'autres il remplit et gonfle la rate.

Enfin, au nombre des pseudo-pneumonies, nous croyons devoir placer l'ensemble des symptômes décrits par Stoll sous le nom de *pneumonie bilieuse*. Ces symptômes, en effet, ne nous semblent nullement caractériser une véritable inflammation du poumon. On observait, dit Stoll, comme phénomènes précurseurs, la perte d'appétit, l'amertume de la bouche. Au bout d'un temps plus ou moins long survenaient des frissons

vagues, suivis de chaleur, d'oppression, et d'une douleur qui avait son siége derrière le sternum ou dans l'un des côtés ; cette douleur n'augmentait ni par la toux, ni par l'inspiration. Le décubitus était indifférent ; les hypocondres étaient tendus ou douloureux ; les malades avaient le sentiment d'un poids à l'épigastre, qui était douloureux au toucher. Ils avaient des rapports amers, la langue blanche, verte ou jaune, peu de soif, des nausées et quelquefois des vomissemens, de la constipation, ou une diarrhée bilieuse ; les crachats étaient épais, blancs ou verdâtres, la fièvre variable. Stoll faisait disparaître cet ensemble de symptômes par l'administration d'un ou deux vomitifs. Il nous semble évident que cette prétendue pneumonie n'était autre chose qu'un catarrhe pulmonaire avec embarras gastrique et intestinal. De là l'utilité des évacuans. Plus d'une fois nous avons rencontré un pareil état, et nous l'avons vu céder au même mode de traitement. Mais les idées de Stoll, à cet égard, n'ont pas toujours été interprétées ainsi. Souvent on a donné le nom de pneumonie bilieuse à une véritable inflammation des poumons, parce qu'on observait quelques symptômes d'embarras gastrique, et surtout parce que les crachats offraient une teinte jaune qu'on attribuait à la bile, et qui n'est évidemment que le résultat du mélange intime du mucus et du sang dans de certaines proportions. Dans ce cas, l'emploi des évacuans ne doit être que très secondaire, et c'est par de larges émissions sanguines qu'il faut combattre la phlegmasie pulmonaire, quelque prononcée que paraisse être la complication dite bilieuse. Plusieurs malades nous ont présenté, avec une véritable pneumonie, cette complica

tion bilieuse, annoncée par la teinte jaune de la face, l'amertume de la bouche, l'enduit épais de la langue, les nausées, les rapports, la pesanteur épigastrique, etc. L'émétique a diminué chez quelques-uns le trouble des fonctions digestives ; jamais il n'a fait disparaître les symptômes de pneumonie, qui n'ont cédé qu'aux saignées.

63. Le pronostic de la pneumonie, en général grave, varie suivant le degré de l'inflammation, son étendue, son siége, la nature des symptômes et les complications.

Il n'est pas besoin de dire que le premier degré est moins dangereux que le second, et le second que le troisième. Plusieurs observations nous ont prouvé que l'inflammation pulmonaire peut encore très-bien se résoudre, bien qu'une grande partie du poumon soit en hépatisation rouge. Nous ne connaissons pas d'exemple qui démontre la possibilité de la guérison du troisième degré.

Une pneumonie au premier degré, mais très-étendue, est généralement aussi grave qu'une pneumonie au second degré, mais beaucoup plus circonscrite.

En raison d'une inexplicable idiosyncrasie, un simple engouement du poumon, n'occupant qu'une petite partie de ce viscère, est quelquefois mortel, tandis que chez un autre individu, placé d'ailleurs dans les mêmes circonstances, une hépatisation rouge, occupant plus d'espace, se termine par résolution. De tels cas sont heureusement rares, et ne détruisent pas les règles générales que nous avons posées.

L'inflammation des lobes supérieurs est généralement plus grave que celle des lobes inférieurs.

L'état de la respiration modifie le pronostic plus qu'aucun autre symptôme. Une dyspnée considérable, quel que soit d'ailleurs l'état du poumon, est toujours d'un fâcheux augure. L'état du pouls, au contraire, ne peut guères fournir de donnée certaine sur l'issue de la maladie ; sa faiblesse surtout n'est souvent qu'apparente. Si toutefois un pouls faible coïncide avec une grande gêne de la respiration, et s'il ne se développe pas après les premières émissions sanguines, on doit en conclure que l'inflammation est très-intense, et porter par conséquent un fâcheux pronostic.

La grande viscosité des crachats, leur teinte fortement rouillée annoncent l'intensité de la phlegmasie ; leur retour à l'état catarrhal indique que la résolution s'opère; les crachats aqueux et brunâtres, plus ou moins semblables à du jus de pruneaux, doivent porter à soupçonner la suppuration du poumon, et sont en général d'un mauvais augure. Il en est de même des crachats grisâtres et purulens; leur sortie difficile, leur rétention dans la trachée et dans les bronches annoncent une terminaison funeste; leur suppression, due à la cessation de leur sécrétion, est moins fâcheuse, elle indique toutefois en général une exaspération de la phlegmasie ; elle ne prouve pas toujours que la guérison n'aura pas lieu. Les pneumonies, qui ne sont accompagnées d'aucune expectoration pendant toute leur durée, ne paraissent pas être plus graves que les autres. Seulement, comme leur diagnostic est plus difficile, on les méconnaît souvent, et elles deviennent funestes, parce qu'elles ne

sont pas convenablement traitées. De là, par conséquent, le danger plus grand des pneumonies latentes.

La sécheresse constante de la peau est une circonstance beaucoup moins favorable que son humidité habituelle. La résolution de la pneumonie coïncide souvent avec l'apparition de sueurs abondantes.

Nous ne nous appesantirons pas sur le danger plus grand de la pneumonie, lorsqu'elle est compliquée avec d'autres maladies, soit qu'elle les précède, ou qu'elle se déclare pendant le cours de celles-ci. La pneumonie qui attaque les phthisiques semble être moins fâcheuse par son danger actuel que par la funeste influence qu'elle exerce sur les tubercules dont elle favorise la multiplication et le ramollissement.

66. La pneumonie est une des maladies dont le traitement est à-la-fois le plus simple et le plus efficace. Depuis bien des siècles, l'observation a conduit les médecins à prodiguer dans cette affection, plus que dans toute autre, les émissions sanguines. On conçoit en effet combien, dans ce cas, d'abondantes saignées peuvent être utiles; elles n'agissent pas seulement comme dans toutes les autres inflammations; elles ont de plus l'avantage de diminuer directement la quantité de sang qui dans un temps donné doit traverser le poumon pour y être soumis au contact de l'air; elles diminuent donc l'activité de ses fonctions, et concourent de cette manière à guérir la pneumonie, de même qu'on guérit une ophthalmie en s'opposant à l'exercice de la vision, et un rhumatisme en prescrivant le repos.

L'application des sangsues ne peut point ici remplacer

l'ouverture de la veine; mais on peut employer simultanément avec beaucoup d'avantage ces deux genres d'émissions sanguines. Ainsi, immédiatement après que la veine a été ouverte, et même pendant l'écoulement du sang, M. Lerminier fait souvent couvrir de sangsues le côté douloureux.

On a beaucoup disputé autrefois pour savoir dans quelle partie du corps il était convenable de pratiquer la saignée. Ce lieu d'élection est peu important; mais ce qui est essentiel, c'est que le sang s'échappe en grande quantité à-la fois par une large ouverture. Il faut cependant éviter que la défaillance ait lieu. Quarin regarde la syncope produite par la saignée, comme plus dangereuse dans la péripneumonie que dans aucun autre cas. Nous n'avons pas vérifié ce fait.

La première saignée doit être, en général, de seize onces, et même de vingt, lorsque la maladie est à son début, que la dyspnée est grande, et que le malade est vigoureux. A mesure que le sang coule, on observe ordinairement un amendement notable des symptômes; la respiration surtout devient plus libre. Lorsque la pneumonie est légère, cette amélioration persiste, et les signes d'une résolution commençante ne tardent pas à se manifester. C'est dans des cas de ce genre qu'on peut dire que la saignée a véritablement enlevé la maladie; mais, pour peu que la pneumonie soit intense, l'amélioration qui suit la première saignée ne dure que quelques heures, puis la dyspnée reparaît, et l'inflammation recommence à marcher, comme si aucune saignée n'avait eu lieu. Il ne faut pas hésiter alors à ouvrir de nouveau la veine: on peut faire ainsi deux et même trois saignées dans les

premières vingt-quatre heures. Les jours suivans, on répètera hardiment les émissions sanguines, pour peu que les symptômes ne cèdent pas. L'indication de saigner doit se tirer beaucoup moins de l'état du pouls que de celui de la respiration. Combien de fois n'avons-nous pas vu la saignée employée avec le plus grand avantage chez des individus dont le pouls était petit et contracté, la face pâle, les extrémités presque froides, la débilité générale en apparence très-grande, mais chez lesquels en même temps la respiration était très-gênée! Chez d'autres malades, au contraire, dont le pouls est plein et dur, mais dont la respiration est assez libre, la saignée est beaucoup moins impérieusement indiquée. Si à l'appui de ces préceptes nous voulions invoquer l'autorité des grands maîtres, nous rappellerions que Stoll, uniquement guidé par la gêne extrême de la respiration, saigna huit fois avec succès, dans un court espace de temps, un malade qui semblait être profondément débilité, et dont tout le corps était couvert de taches pétéchiales. La considération de l'âge ne doit que rarement empêcher de pratiquer de nombreuses émissions sanguines. On a souvent laissé mourir des vieillards atteints de pneumonie, parce qu'on n'a pas osé les saigner. Frank rapporte à ce sujet qu'il a pratiqué avec succès neuf saignées chez un vieillard octogénaire, dont une grave pneumonie menaçait l'existence. Des observations récentes ont prouvé que la saignée ne doit pas être plus épargnée chez les enfans que chez les adultes. Toutefois, comme chez eux, à cause de la petitesse des veines, on obtient ainsi peu de sang, il faut surtout insister sur de nombreuses et fréquentes applications de

sangsues. Beaucoup de praticiens redoutent de saigner les femmes atteintes de pneumonie, lorsqu'elles ont leurs règles. C'est, suivant nous, une funeste erreur. Attendre dans ce cas que le flux menstruel soit passé pour combattre, par la saignée, une grave phlegmasie du poumon, c'est la rendre presque nécessairement mortelle. Notre manière de voir à cet égard est fortifiée par celle de De Haen et de Frank.

Jusqu'à quelle époque de la maladie peut-on employer la saignée? Il y a seize siècles, Galien avait établi en principe général que l'on devait recourir à la saignée, quel que fût le jour de la maladie, fût-ce le vingtième, toutes les fois qu'elle était indiquée. Cependant les médecins, oubliant ce précepte, ont long-temps pensé qu'il était dangereux de saigner dans la pneumonie après le cinquième ou tout au plus le sixième jour. Ce précepte a été donné par l'un des plus grands observateurs modernes, par Pringle, qui recommande expressément de ne plus ouvrir la veine dès que les crachats caractéristiques de la pneumonie ont commencé à se montrer. Il n'est pas nécessaire de dire combien une pareille opinion est erronée; il faut saigner, à quelqu'époque que ce soit de la maladie, toutes les fois que la nature des symptômes réclame une émission sanguine. L'existence même du troisième degré ne la contre-indique pas toujours; car ce troisième degré existe bien souvent en même temps que les deux premiers, et ceux-ci peuvent encore être combattus avec avantage par la saignée. Frank est un des médecins qui ont le plus insisté sur les grands avantages que peut présenter encore la saignée, à une époque très-avancée et lorsque les malades sem

blent déjà moribonds. Nous croyons devoir transcrire ici le passage remarquable où il exprime son opinion à ce sujet : *In ultimo peripneumoniæ lethalis gradu, certè nec venæ sectio juvat, nec quodvis aliud remedium juvat; ac cum hujus aut illius vituperio inermem tam infaustis rebus artem opponimus; interìm audaces, sæpè, non fortuna quidem, sed consilium juvat; nec raró, quod vix dictum est, sub frigidis jamjam extremitatibus, facie vix non cadavericâ, pulsibusque minimis, venam suffocanti ægro cum felici rerum exitu aperuimus, et vitæ sors unica ex cuspide hæsit lanceolæ.*

Lorsque, pendant la convalescence, on observe quelque symptôme qui puisse faire craindre une rechute, on ne doit pas hésiter à tirer promptement du sang. Dans une telle circonstance, toute temporisation peut être funeste. On ne saurait trop le répéter; le reste de phlegmasie latente dont le poumon demeure souvent atteint à l'époque de la convalescence, et que l'auscultation, dans bien des cas, peut seule faire reconnaître, ne saurait être combattue avec trop de soin. Si l'on néglige les émissions sanguines, si l'on se contente de l'emploi de moyens hygiéniques, on laisse en quelque sorte l'inflammation prendre domicile, et l'on favorise chez beaucoup d'individus le développement plus ou moins rapide d'une phthisie pulmonaire.

Cependant les émissions sanguines ne sont pas le seul moyen par lequel la pneumonie doive être combattue. Lorsqu'il n'y a plus de réaction, et que les différens topiques irritans ne peuvent plus agir que comme révulsifs, il faut y avoir recours. M. Lerminier fait souvent

appliquer avec succès deux vésicatoires aux jambes, immédiatement après qu'une saignée a été pratiquée. Le moment le plus propice à l'emploi des révulsifs est principalement indiqué par la faiblesse du pouls, qui persiste après plusieurs saignées, par la grande pâleur de la face, par l'augmentation de la dyspnée à la suite d'abondantes émissions sanguines, par le défaut apparent de réaction générale. Il faut avouer cependant que rien n'est plus délicat que ce point de médecine-pratique. Il arrive souvent que de deux individus placés en apparence dans les mêmes circonstances, l'un est notablement soulagé par l'application d'un vésicatoire, tandis que, chez l'autre, les symptômes s'aggravent. Dans ce dernier cas, il ne faut pas hésiter à revenir encore aux émissions sanguines.

En quel lieu convient-il d'appliquer les vésicatoires? Cullen, Stoll, Pringle, les plaçaient sur la poitrine; Baglivi recommandait de les mettre aux extrémités inférieures : M. Lerminier les applique d'abord aux jambes; il les laisse sécher, et en fait réappliquer deux autres aux cuisses; il n'a recours surtout à l'application d'un vésicatoire sur la poitrine que lorsque la maladie semble devenir tout-à-fait chronique.

L'application d'un vésicatoire au bras, et même d'un cautère, est souvent très-utile à l'époque de la convalescence, toutes les fois qu'on peut craindre que la résolution de la pneumonie ne soit pas complète, et après qu'on a d'ailleurs eu recours à la saignée, ainsi que nous l'avons dit.

Lorsqu'il y a encore une assez forte réaction, et que l'on croit cependant devoir recourir à l'emploi des révulsifs, on pourra, au lieu de vésicatoires, appliquer aux

extrémités inférieures des sinapismes, rendus moins stimulans par l'addition d'une certaine quantité de farine de graine de lin. Le sinapisme est indiqué, dit Quarin, lorsque le pouls est encore plein, la figure rouge, et la chaleur assez forte. Dans ce cas, ajoute-t-il, les cantharides augmenteraient la fièvre, produiraient le délire et aggraveraient tous les symptômes.

Tant qu'on employe les saignées, on ne doit donner à l'intérieur que des boissons émollientes. Frank a recommandé dans ce cas l'emploi d'une tisane composée de deux livres de décoction d'orge, d'un gros de nitrate de potasse, et d'une once d'oxymel simple. Il est généralement établi que ces boissons doivent être données tièdes; nous rappellerons cependant que Sarcone administrait ces boissons non-seulement froides, mais unies à de la neige.

On ne peut contester qu'à une certaine époque de la maladie, en même-temps qu'on remplace les saignées par les révulsifs, on ne substitue souvent aussi avec succès, aux simples boissons émollientes, des médicamens plus ou moins toniques et stimulans. Un grand nombre de nos malades ont pris à cette époque avec un avantage marqué la décoction de polygala seneca et le kermès donné à la dose de deux à quatre grains dans une potion de quatre onces. Ce n'est point d'ailleurs lorsqu'il y a déja suppuration du poumon, que ces moyens peuvent être réellement utiles; alors ils ne peuvent tout au plus que donner lieu à un peu de réaction, d'où résulte une amélioration apparente et peu durable. Mais l'emploi de ces médicamens nous semble véritablement avantageux dans les cas assez communs où la pneumonie, encore à

son premier degré, reste stationnaire, bien qu'il n'y ait plus de signes évidens de réaction, soit locale, soit générale. Il semble que, dans les cas de ce genre, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, l'inflammation soit au-dessous du degré qui lui est nécessaire pour qu'elle puisse marcher vers la résolution. La stimulation légère que les toniques portent alors dans l'économie favorise cette résolution, comme celle de beaucoup d'autres phlegmasies, telles que l'ophthalmie ou l'urétrite chronique, etc. La même médication est encore plus manifestement utile dans le cas où tout état inflammatoire ayant disparu, il ne reste plus dans le poumon qu'un engorgement sanguin ou séreux, manifestement passif. Nous avons cité plusieurs cas de ce genre.

Parlons maintenant des symptômes qui peuvent apporter quelque modification dans le traitement.

Toutes les fois que le point de côté est intense, il doit être combattu par des applications de sangsues, faites sur l'endroit douloureux. Les sangsues sont ici beaucoup plus efficaces que la saignée générale. On secondera leur effet par l'application long-temps continuée de cataplasmes émolliens et de fomentations de même nature. Chez les enfans, dont les parois thorachiques sont très-minces, ces applications n'enlèvent pas seulement la douleur pleurétique; elles semblent même modérer l'inflammation du poumon.

Nous avons déjà particulièrement insisté sur les causes variées de la suppression des crachats. Suivant la nature de ces causes, on doit chercher à les rétablir tantôt par la saignée et les antiphlogistiques, tantôt par les différens remèdes stimulans que l'on connaît sous le nom

d'expectorans, tels que le kermès, l'oximel scillitique, etc. On a d'ailleurs étrangement abusé de cette classe de remèdes; ils semblent être surtout utiles lorsque les malades n'ont plus la force d'expectorer la matière tenace et visqueuse qui obstrue les bronches. Il en résulte une nouvelle cause de dyspnée qui peut seule produire la mort. Dans des cas de ce genre, on a souvent facilité l'expectoration en faisant respirer aux malades de la vapeur d'eau légèrement vinaigrée.

Nous avons aussi parlé précédemment des cas dans lesquels l'administration d'un vomitif peut être nécessaire. Nous avons vu qu'on a beaucoup trop multiplié les pneumonies dites bilieuses, mais que toutefois un vomitif peut être donné avec avantage lorsqu'il existe des symptômes évidens d'embarras gastrique. La constipation est généralement un symptôme fâcheux, et, lorsqu'elle ne peut être vaincue par de simples lavemens, on doit donner de légers purgatifs. Ils ont été surtout recommandés par Sarcone.

Il est des individus qui, en vertu d'une disposition spéciale, ne peuvent être atteints d'une inflammation quelconque sans que des symptômes nerveux plus ou moins graves ne se manifestent. Il en est d'autres qui, à l'occasion de l'inflammation la plus légère, tombent tout-à-coup dans un état de prostration très-réelle. Dans le premier cas, de nombreuses applications de sangsues doivent être faites soit au cou, soit derrière les oreilles; les révulsifs ne doivent être employés qu'avec précaution. Dans le second cas, le traitement devient fort délicat : les saignées doivent être moins abondantes, les boissons émollientes moins long-temps continuées. On

aura plus promptement recours aux révulsifs; on les promènera sur toute la périphérie du corps, et, s'il n'y a point complication de gastrite, on administrera des toniques. Mais fréquemment aussi cet état adynamique n'est qu'apparent ; il résulte de la coexistence d'une phlegmasie gastro-intestinale, et réclame par conséquent un tout autre traitement. La bonne et véritable médecine consiste à savoir distinguer ces différens états, et non pas à vouloir les ramener tous à un seul.

Dans ces derniers temps, on a préconisé contre la pneumonie l'emploi du tartre stibié à très-haute dose. Cette méthode compte en Italie et en France d'illustres partisans : nous n'en dirons rien ici, parce que notre expérience personnelle ne nous a rien appris à cet égard, et que dans cet ouvrage nous ne rendons compte que de nos recherches, sans prétendre juger celles des autres.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS SUR LA PLEURÉSIE.

67. Il est plus ordinaire de rencontrer la pleurésie seule, sans complication de pneumonie, que de rencontrer la pneumonie sans pleurésie : ce dernier cas est même tellement rare, que nous avons cru devoir désigner sous le terme générique de pleuro-pneumonie toutes les inflammations du parenchyme pulmonaire dont nous avons rapporté des exemples dans le chapitre précédent. Au contraire, les maladies dont nous traiterons dans ce chapitre seront presque toutes des pleurésies non compliquées de pneumonie. Pour les cas rares où cette complication existera, nous adopterons l'expression de *pneumo-pleurésie.*

Bien des siècles ont été nécessaires pour que l'on acquît les idées simples et exactes que l'on possède aujourd'hui sur la nature et sur le siége de la pleurésie; la vérité semblait dans ce cas si facile à trouver, qu'on a peine à concevoir comment cette affection a pu être l'objet d'aussi longues et aussi interminables discussions. Vainement Arétée, imité par Paul d'Égine et par Alexandre de Tralles, assigna-t-il à la pleurésie son véritable siége; leurs successeurs, peu versés dans la culture de l'anatomie, revinrent à l'ancienne opinion d'Hipporate; ils confondirent l'inflammation des plèvres

avec celle du parenchyme pulmonaire, et ils attribuèrent souvent à l'une de ces maladies ce qui appartenait spécialement à l'autre. C'est ainsi que les crachats rouillés et visqueux de la pneumonie furent regardés long-temps comme caractérisant également la pleurésie. Jusqu'à une époque très-rapprochée de nous, on voit les médecins être incertains si la douleur aiguë, pongitive, de la pleurésie, n'est pas plutôt le résultat de la phlegmasie même du tissu pulmonaire; et cependant, bien des siècles auparavant, Arétée avait dit positivement que la douleur, très-vive dans la pleurésie, est nulle dans la pneumonie. La possibilité de l'inflammation isolée du poumon et de sa membrane enveloppante fut long-temps mise en doute; et, après de vives discussions, cette possibilité ne fut enfin bien établie que par les observations de Diemerbroek et de Frédéric Hoffmann. Si l'on parcourt le *Sepulcretum anatomicum* de Th. Bonet, on sera surpris de la foule d'idées bizarres, d'opinions erronées, qui ont été émises sur la nature, les causes et les effets des adhérences de la plèvre. Les médecins contemporains de Morgagni plaçaient encore ces adhérences au nombre des causes de mort subite, et ce grand homme a consacré plusieurs lignes de son immortel ouvrage à réfuter cette erreur, déjà combattue par le systématique Van Helmont. Ce dernier avait des idées si peu exactes sur la nature de la pleurésie, qu'il regardait la saignée comme un remède mortel dans cette maladie. On sait que ce célèbre ennemi des émissions sanguines paraît avoir succombé lui-même à un épanchement dans la plèvre, suite d'une pleurésie qu'il avait refusé de combattre par la saignée. Presque de nos jours, Stoll, qui a porté une

si vive lumière sur le diagnostic de la pleuro-pneumonie latente, ne semble pas avoir eu des idées toujours claires et précises sur les symptômes de la pleurésie. Cette phlegmasie, comme toutes celles des membranes séreuses, n'a été véritablement bien connue que depuis la naissance de l'anatomie générale. Déjà plusieurs auteurs contemporains ont publié un grand nombre d'observations exactes propres à jeter le plus grand jour sur le diagnostic de la pleurésie. Quel médecin, par exemple, n'a pas lu et médité avec fruit les précieuses observations sur ce sujet, consignées dans le *Traité des phlegmasies chroniques* de M. Broussais? quel médecin n'a pas également médité les observations plus exactes encore sur la pleurésie chronique, que Bayle a placées dans son ouvrage classique *sur la phthisie pulmonaire?* Mais depuis la publication de ces travaux et de plusieurs autres, les bornes de la science ont été reculées, le diagnostic de la pleurésie, comme celui de toutes les maladies de poitrine, a été singulièrement modifié, éclairci, perfectionné, par la belle et immortelle découverte de la méthode de l'auscultation. La science, dans son état actuel, semble donc réclamer des observations nouvelles, qui, retraçant avec exactitude les symptômes de la pleurésie d'après les nouveaux moyens d'exploration, puissent confirmer ou infirmer l'utilité de ces derniers, et suppléent ainsi aux lacunes que doivent nécessairement présenter les observations sur la pleurésie qui ont été publiées avant l'ouvrage de M. le professeur Laënnec : tel est surtout le but des observations consignées dans ce chapitre.

La plus notable différence qui existe entre les pleu-

résies consiste dans la présence ou dans l'absence de l'épanchement. Les pleurésies sans épanchement, peu graves, à moins qu'elles ne soient fort étendues, ont déjà fixé notre attention lorsque nous avons parlé de la pneumonie, cette dernière affection étant presque toujours précédée ou accompagnée d'une phlegmasie de la plèvre, qui se termine très-rarement par épanchement. Nous ne citerons donc ici qu'un très-petit nombre de ces pleurésies *sèches*, si je puis ainsi dire. Nous parcourrons ensuite les différentes variétés que présente la pleurésie avec collection de liquide, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, manifeste ou latente, bornée à un seul côté ou étendue aux deux plèvres, générale ou partielle, simple ou compliquée.

ARTICLE PREMIER.

PLEURÉSIES SANS ÉPANCHEMENT.

Ire OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-neuf ans, fortement constitué, et ayant toujours joui d'une bonne santé, sentit du frisson dans la matinée du 10 avril 1822; le reste de la journée il fut mal à son aise, cependant il travailla comme de coutume. La nuit, il fut pris d'un violent point de côté au-dessous du sein droit; le lendemain il toussa sans cracher; les inspirations un peu profondes augmentaient la douleur. Dans la soirée du 12, le ma-

lade entra à la Charité, et fut immédiatement saigné. Dans la matinée du 13 (quatrième jour), il présenta l'état suivant :

Face rouge, animée ; décubitus sur le dos ; vive douleur au-dessous du sein droit, augmentant par la toux, les mouvemens inspiratoires, la percussion et la pression intercostale ; toux fréquente, comme avortée ; expectoration de la bronchite aiguë ; respiration assez calme dans le décubitus horizontal, devenant haletante dès que le malade se place sur son séant ; percussion sonore partout ; bruit respiratoire généralement plus faible à droite qu'à gauche ; pouls dur, médiocrement fréquent ; peau chaude et sèche (cette sécheresse persiste depuis le début). Langue naturelle, soif ; ventre indolent, constipation. (*Saignée de douze onces, quinze sangsues sur le côté douloureux.*) Le sang des deux saignées présenta un caillot à bords retroussés, couvert d'une couenne épaisse, et entouré d'une sérosité abondante.

Cinquième jour, la douleur pleurétique ne se fait plus sentir que dans les fortes inspirations. Le bruit respiratoire s'entend également bien partout ; mais la fréquence du pouls persiste, et aucune sueur n'a eu lieu. On prescrit une troisième saignée de huit onces ; elle ne présenta qu'une couenne très-mince recouvrant un large caillot.

Sixième jour, la douleur pleurétique avait complètement disparu ; le malade avait sué la nuit pour la première fois ; il toussait à peine, n'avait plus de fièvre et se sentait très-bien. (*Tisane de violette et de bourrache.*)

Septième jour, il se plaignait d'un peu de malaise, de borborygmes et de constipation. On lui donna deux onces d'huile de ricin. Les jours suivans, rétablissement parfait.

Cette observation présente en quelque sorte le type des pleurésies légères sans épanchement. On y trouve réunis tous les symptômes caractéristiques de cette maladie, savoir, le point de côté précédé de frisson, la toux, sans autre expectoration que celle du catarrhe, la conservation de la sonoréité des parois thorachiques; la plus grande faiblesse du bruit respiratoire du côté affecté, résultat de l'inégale dilatation du thorax; la fièvre avec dureté du pouls; enfin l'aspect couenneux du sang. Quant au décubitus, il ne fut pas tel qu'on l'indique dans tous les auteurs : il eut lieu sur le dos, et non sur le côté opposé au siége de la pleurésie. La peau resta constamment sèche jusqu'au moment où une amélioration eut lieu; alors il survint de la sueur. La maladie fut jugée avant le sixième jour. Le traitement anti-phlogistique énergique qui fut employé exerça sans doute une puissante influence sur cette prompte et heureuse terminaison. Quel que soit le peu d'intensité des pleurésies, nous pensons qu'elles doivent être attaquées dès leur début par d'abondantes émissions sanguines. Si, en effet, n'ayant égard qu'à la bénignité des symptômes actuels, on leur oppose un traitement peu actif, trop souvent on a lieu de s'en repentir, soit parce qu'un épanchement survient, soit parce que la phlegmasie de la plèvre, négligée, se propage au parenchyme pulmonaire.

IIe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-un ans, d'une assez faible constitution, mais jouissant cependant habituellement d'une assez bonne santé, fut exposé le 10 avril à un courant d'air. Dans la nuit du 10 au 11, il se réveilla en frissonnant et en sentant un violent point de côté au-dessous du sein droit. Le 11, persistance de la douleur, dyspnée, toux sèche; décubitus sur le côté gauche. Entré à la Charité dans la soirée du 12, il fut saigné. Le sang offrit un caillot en champignon, à bords relevés, recouvert d'une couenne épaisse et entouré de beaucoup de sérosité.

Le 13 (troisième jour), pommettes rouges, avec teinte jaune du pourtour des ailes du nez; disparition du point de côté depuis la saignée; toux fréquente; expectoration de la bronchite aiguë avec quelques filets de sang; respiration plus libre; bruit d'expansion pulmonaire égal partout; partout aussi égale sonoriété des parois thorachiques; peau couverte de sueur pour la première fois; pouls fréquent, assez dur, langue humide et vermeille, soif vive, bouche amère; constipation. (*Tisane de violette.*)

La sueur continua jusqu'à midi. Le soir, un violent redoublement eut lieu; le point de côté reparut; la respiration redevint gênée. Une deuxième saignée de douze onces fut pratiquée. Elle présenta le même aspect que la première.

Dans la matinée du quatrième jour, le point de côte

ne se faisait plus que faiblement sentir dans les inspirations profondes et par l'acte de la percussion. La respiration était calme; d'ailleurs la toux et la fièvre persistaient.

Le soir, redoublement, marqué par l'augmentation de la fièvre et du point de côté. Ce redoublement se termine par une sueur abondante, qui dure toute la nuit, et pendant laquelle la douleur pleurétique disparaît.

Dans la matinée du cinquième jour, il n'y a plus aucun symptôme de pleurésie; la respiration s'entend nette partout; cependant le pouls conserve un peu de fréquence. (*Tisane de violette, looch, lavement de graine de lin.*) Le soir, pas de redoublement. Sueur la nuit.

Sixième jour, même état. Septième jour, la fréquence du pouls n'existe plus. Les jours suivans, cessation de la sueur nocturne; entier rétablissement.

Cette pleurésie parut se développer sous l'influence d'une cause occasionelle évidente. D'abord elle fut annoncée par le même ensemble de symptômes que la précédente, si ce n'est que le frisson et la douleur se manifestèrent en même temps, et que le décubitus eut lieu sur le côté opposé au siége de la phlegmasie. On ne confondra point les stries sanguines qui sillonnaient les crachats, simple résultat de la bronchite, avec les crachats *sanguinolens* de la pneumonie. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, le point de côté avait déjà disparu, aussi le bruit respiratoire était-il égal des deux côtés. L'influence de la première saignée sur la disparition de la douleur fut évidente. On pouvait croire alors que l'inflammation de la plèvre était guérie, et que

la bronchite seule entretenait encore la fièvre ; mais elle existait vraisemblablement à l'état latent : car deux fois ses symptômes reparurent avec le redoublement du soir ; ou plutôt c'était la pleurésie qui, s'exaspérant périodiquement, produisait ce redoublement. C'était une sorte de pleurésie rémittente ; ou, si l'on regarde l'effet comme la cause, c'était une fièvre rémittente pleurétique.

IIIe OBSERVATION.

Pleurésie terminée par une métrorrhagie critique.

Une jeune femme lava du linge à la rivière plusieurs jours de suite pendant le cours du mois de février 1822 ; à la suite de ce genre de travail auquel elle n'était point accoutumée, elle fut prise d'une vive douleur au-dessous de la mamelle droite. Le troisième jour elle entra à l'hôpital. Alors elle respirait difficilement ; les inspirations étaient courtes, comme arrêtées par la douleur ; celle-ci, très-vive, augmentait aussi par le mouvement, la percussion et la toux ; l'expectoration était nulle, le pouls fréquent et dur, la peau brûlante et sèche. Le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait un peu plus faible du côté droit. (*Saignée, application de sangsues sur le côté douloureux.*)

Le quatrième jour, la respiration était un peu plus libre et la douleur moins vive ; d'ailleurs même état. — Dans la matinée du cinquième jour, la dyspnée avait considérablement augmenté ainsi que la douleur, aucun signe n'annonçait cependant que quelque épanchement

eût commencé à se faire dans la plèvre. La malade était dans un état d'anxiété extrême; elle se plaignait d'éprouver de la pesanteur et une chaleur incommode dans les régions lombaire et inguinale. Une nouvelle saignée fut prescrite; à peine avions-nous quitté son lit, qu'elle fut prise tout-à-coup d'une abondante hémorrhagie utérine. A mesure que le sang coulait, la malade se sentait notablement soulagée. Elle perdit environ trois livres de sang. Dans l'après-midi la respiration était libre, la douleur très-obtuse, le pouls à-peu-près naturel; en un mot, cette femme avait passé en peu d'heures d'un état très-grave à la convalescence. Les jours suivans, retour des forces et d'une parfaite santé.

La circonstance la plus remarquable de cette observation est sans doute le mode de terminaison de la maladie. Les auteurs ont cité peu d'exemples d'une hémorrhagie utérine aussi évidemment critique. Avant qu'elle ne parût, on observa une exaspération très-marquée; à peine le flux utérin fut-il établi, que l'amélioration se manifesta. Remarquons encore que dans ce cas l'évacuation sanguine, provoquée par la nature, fut beaucoup plus efficace que la saignée; on n'eût point osé d'ailleurs pratiquer une émission de sang aussi abondante.

On trouvera dans l'excellent recueil des observations de Forestus deux exemples, également bien tranchés, d'une semblable crise. L'un de ces cas a rapport à une pleurésie qui fut jugée le septième jour par une abondante métrorrhagie (lib. 16, obs. 55). Le second cas est

relatif à une fièvre continue, qui se termina aussi le septième jour, en même-temps qu'une hémorrhagie utérine se manifesta. Cette crise fut précédée, comme chez notre malade, par une pesanteur des lombes et des aines; ce qui porta Forestus à prédire la nature du mouvement critique. Il y avait eu le sixième jour une exaspération très-prononcée. (Lib. I, obs. 20.)

Du reste, il faut se garder de confondre ces sortes de métrorrhagies véritablement critiques avec le simple flux menstruel, qu'on a souvent considéré comme jugeant différentes maladies. Il est évident que dans la plupart des cas ce flux ne se manifeste au contraire que lorsque la maladie est déjà jugée. C'est encore ainsi que dans beaucoup d'affections ce n'est point la suppression des règles qui cause l'état morbide; mais c'est celui-ci qui supprime les menstrues. De là, l'inutilité de chercher à rappeler les règles, tant que cet état morbide persiste. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la phthisie pulmonaire.

ARTICLE II.

PLEURÉSIES AVEC ÉPANCHEMENT.

IVe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de trente-six ans, éprouve, sans cause connue, un malaise général dans la journée du 21 mars. Dans la nuit du 21 au 22, il est pris d'un violent point de côté au-dessous de la mammelle droite. Le 23,

il tousse; il s'alite le 24, et entre à la Charité dans la soirée du 25. Il avait alors une forte dyspnée; il ne pouvait inspirer sans éprouver à droite une vive douleur, que la percussion et la toux exaspéraient aussi. La poitrine percutée résonnait moins bien à droite postérieurement; dans cette même partie le bruit respiratoire était très-faible, et la voix du malade offrait une sorte de chevrottement qu'on ne retrouvait pas dans les autres points du thorax. La toux était fréquente et sans expectoration, le pouls fébrile, la peau brûlante et sèche. (*Vingt-quatre sangsues sur le côté droit du thorax.*)

Le lendemain, une amélioration bien remarquable avait eu lieu; la respiration, beaucoup moins gênée, s'entendait partout avec une égale intensité. Il n'y avait plus à droite ni son mat, ni chevrottement de la voix. La douleur pleurétique n'était plus que très-obtuse. On ne pouvait douter que le léger épanchement qui existait dans la plèvre droite, n'eût été résorbé. Aucune sueur, aucun autre phénomène critique n'avait eu lieu. Cependant le pouls conservait sa fréquence. Ce symptôme, et la douleur sourde qui persistait, semblaient annoncer que la résolution de la phlegmasie n'était pas encore complète. (*Vingt nouvelles sangsues furent appliquées sur le côté.*)

Dans la nuit du 26 au 27, sueur abondante pour la première fois. — 28, pouls sans fréquence, disparition complète de la douleur, respiration tout-à-fait libre. Les jours suivans, convalescence.

— —

Cette maladie marque en quelque sorte le passage des

pleurésies sans épanchement aux pleurésies avec épanchement. Des signes non douteux annonçaient l'existence d'une collection de liquide dans la plèvre; cette collection était peu considérable; aussi y avait-il plutôt diminution de sonoréité que véritable matité; le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait encore, quoique plus faible, et l'œgophonie était évidente. Sous l'influence d'une seule application de sangsues, l'inflammation rétrograda, et en vingt-quatre heures l'épanchement fut résorbé. Cependant la résolution de la phlegmasie ne parut être tout-à-fait complète que du sixième au septième jour, et après l'apparition d'une sueur abondante. Alors seulement le pouls perdit sa fréquence.

Ve OBSERVATION.

Un domestique, âgé de vingt-quatre ans, assez faiblement constitué, n'habitant Paris que depuis six semaines, ressentit le 16 mars 1822, sans cause connue, un point de côté au-dessous du sein gauche. Cette douleur persista les jours suivans. Il y fit peu d'attention, et continua à se livrer à ses occupations jusqu'au 22. A cette époque, douleur plus vive, toux sèche, oppression. Entré le 23 à la Charité, le malade fut immédiatement saigné.

Le lendemain 24, face pâle, exprimant une vive anxiété; inspirations courtes et rapprochées; oppression; toux sèche; douleur au-dessous du sein gauche, s'exaspérant par la percussion, la pression intercostale, la toux et les mouvemens inspiratoires; décubitus sur le côté droit. Son mat à gauche en arrière et latéralement;

bruit respiratoire nul là où existe la matité, faible à gauche en avant, très-fort partout ailleurs; pas d'égophonie. Pouls médiocrement fréquent, sueur générale, langue blanchâtre, constipation. Cet ensemble de symptômes annonçait l'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche, qui vraisemblablement avait commencé à se faire depuis le 22 : il était déjà trop considérable pour qu'on pût encore percevoir l'égophonie. (*Saignée de douze onces, vingt sangsues sur le côté gauche.*) Le malade tomba en syncope pendant la saignée. Le sang ne coula que lentement; il présenta un large caillot sans couenne.

25, disparition complète du point de côté, décubitus sur le dos; d'ailleurs, même état. (*Saignée de huit onces, lavement purgatif, tisane de violette et de bourrache.*)

26, vésicatoire large de sept pouces sur le côté gauche.

27, la respiration paraissait moins gênée, le malade se trouvait mieux; l'égophonie s'entendait pour la première fois à gauche au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Une quantité très-remarquable de sérosité s'écoula toute la journée de la plaie du vésicatoire; sueur abondante dans la soirée.

Du 28 mars au 4 avril, l'égophonie persista, le son mat diminua, et le bruit d'expansion pulmonaire commença à se faire entendre, mais beaucoup plus faible qu'à droite. La respiration paraissait peu gênée; le pouls était peu fréquent, l'état général très-bon. Des sueurs avaient lieu chaque soir. (*Tisanes, bouillons.*)

Le 4 avril, le pouls était sans fréquence; le quart d'alimens fut accordé pour la première fois. Le lende-

main, la respiration était plus gênée et le pouls avait repris un peu de sa fréquence : on supprima le quart. Le 6, tout était revenu à l'état du 4.

Les jours suivans, les sueurs du soir cessèrent, les forces se rétablirent, et bientôt le malade put se lever et marcher. Il toussait très-peu et ne sentait qu'une légère oppression. Après le 12 avril on n'entendit plus l'égophonie, et la sonoréité de la poitrine devint égale partout; cependant le bruit respiratoire était toujours plus faible à gauche qu'à droite. Y avait-il encore un peu de liquide épanché, ou bien, par une sorte d'habitude, le côté gauche du thorax se dilatait-il moins que le droit? Le malade commençait à prendre assez d'alimens sans en être incommodé. Le vésicatoire de la poitrine fut entretenu jusqu'au 20 avril; à dater de ce jour seulement, le bruit d'expansion pulmonaire commença à s'entendre également des deux côtés. Sortie le 28 avril.

Les signes fournis par l'auscultation annoncèrent ici avec une grande précision l'accroissement, puis la diminution, et enfin la disparition complète de la collection pleurétique. Lorsque le malade se présenta à notre examen, l'absence complète du bruit d'expansion pulmonaire, la grande matité du son, annonçaient qu'une grande quantité de liquide était interposée entre les parois thorachiques et le parenchyme pulmonaire. Alors aussi on n'entendit point d'égophonie. Plus tard, on commença à entendre un peu la respiration du côté gauche: l'ensemble des autres symptômes annonça en même temps la diminution de l'épanchement : alors de l'égo

phonie se manifesta. Enfin, après la disparition de celle-ci, et lorsque tout annonçait l'entière résorption de l'épanchement, le bruit respiratoire continua à rester pendant quelque temps plus faible à gauche qu'à droite.

Le début de la pleurésie mérite aussi notre attention. Le malade n'éprouva d'abord qu'une douleur peu vive qu'aucun autre symptôme grave n'accompagnait : c'est après qu'elle eut ainsi persisté pendant plusieurs jours, que tout-à-coup elle s'exaspéra, et que tous les signes d'une véritable pleurésie se manifestèrent.

Le traitement consista d'abord en d'abondantes émissions sanguines; puis un très-large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche et la suppuration en fut long-temps entretenue. Le commencement de résorption de l'épanchement coïncida d'une manière notable avec l'application du vésicatoire.

Une exaspération marquée des symptômes, une sorte de rechute eut lieu le jour où l'absence de la fièvre semblait autoriser à accorder le quart d'alimens; il suffit de remettre le malade à la diète pour que tout rentrât dans l'ordre. Nouvel exemple de la nécessité d'un régime sévère, tant que la phlegmasie, bien que diminuée, persiste encore.

VI[e] OBSERVATION.

Pleurésie traumatique.

Un charretier, âgé de soixante ans, fit le 15 avril une chute dans laquelle le côté gauche du thorax fut surtout compromis; aucune solution de continuité n'eut lieu.

Le lendemain, cet homme ressentit un violent frisson, puis une vive douleur immédiatement au-dessous du sein gauche; elle persista les six jours suivans. Entré à la Charité le 19 avril, le malade avait de la fièvre; la douleur augmentait par la percussion, la pression intercostale, la toux et les fortes inspirations; il avait une toux fréquente et sèche. La poitrine percutée résonnait bien partout; le bruit respiratoire s'entendait un peu plus faiblement à gauche qu'à droite. (*Saignée de douze onces.*) Le sang présenta un large caillot, peu consistant, recouvert d'une couenne mince verdâtre.

Le lendemain 20, même état; langue rouge, un peu sèche. (*Deuxième saignée de huit onces, tisanes et lavemens émolliens.*) Sang formé d'un large caillot, sans sérosité, recouvert d'une couenne plus épaisse que le sang de la première saignée; sueur le soir. Le 21, la douleur était moindre, la toux plus rare; la langue avait perdu sa rougeur; la fièvre persistait.

Les jours suivans, la douleur et tous les signes rationnels de la pleurésie disparurent; cependant le pouls conservait de la fréquence sans que la peau fût chaude. Le 25, on examina la poitrine; on trouva un son mat à gauche latéralement et en arrière; de ce même côté le bruit respiratoire était très-faible, tandis qu'à droite il était fort, puéril. Il n'y avait ni égophonie, ni aucune modification notable de la voix. Le malade toussait à peine; il se trouvait très-bien, demandait des alimens, et se plaignait seulement d'avoir l'haleine un peu courte; il fallait cependant l'observer avec quelque attention dans ses différens décubitus et dans l'état de mouvement, pour constater la gêne de sa respiration. Il se couchait de

préférence sur le côté gauche. L'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche nous parut évidente : un large vésicatoire fut appliqué sur ce côté du thorax. Du 26 avril au commencement du mois de mai, l'épanchement ne parut ni augmenter, ni diminuer. D'ailleurs, il n'y avait pas de fièvre, la respiration semblait libre. Le malade voulut quitter l'hôpital.

La cause occasionelle de cette pleurésie paraît avoir été une violence extérieure. Quelques cas analogues ont été cités par M. Broussais, dans son *Traité des Phlegmasies chroniques.* Deux saignées, pratiquées le sixième et le septième jour, enlevèrent la douleur, et l'on put croire d'abord que la pleurésie avait entièrement cédé; mais ce n'était qu'une guérison apparente : au bout de peu de jours on constata l'existence d'un épanchement dans la plèvre. Cet épanchement n'était pas vraisemblablement très-considérable ; car on entendait encore un faible bruit d'expansion pulmonaire ; il n'y avait pas toutefois d'égophonie. Combien était trompeur le bien-être général qu'éprouvait le malade ! La respiration paraissait tellement libre, la toux était si légère, l'expression de la face si naturelle, les forces si bien conservées, que, si nous n'eussions été avertis par la persistance de la fréquence du pouls, nous n'aurions pas même percuté ou ausculté la poitrine, et nous aurions regardé cet individu comme rendu à une santé parfaite.

L'application du vésicatoire sur le côté affecté fut ici sans influence.

VIIe OBSERVATION.

Un corroyeur, âgé de vingt-cinq ans, fortement constitué, à poitrine large et bien développée, avait toujours joui d'une bonne santé. Le 12 juillet, il ressentit une douleur légère au-dessous du sein gauche, sans autre symptôme morbide. Le 13, cette douleur n'existait plus. Du 13 au 24, elle parut et disparut ainsi plusieurs fois sans déranger en rien la santé ni inquiéter le malade; mais le 24 elle reparut plus intense; en même temps, toux et dyspnée. Persistance de ces symptômes le 25 et le 26; application de huit sangsues sur le côté. Entré le 27 à la Charité, le malade présenta dans la matinée du 28 l'état suivant :

Il ne sentait qu'une oppression légère; il se couchait indifféremment sur l'un et l'autre côté; mais il aimait mieux rester sur le dos, parce qu'il toussait moins dans cette position. La douleur ne se montrait plus que dans les efforts de toux et dans les grandes inspirations. La toux était sèche, les mouvemens inspiratoires courts, rapprochés, la parole un peu haletante. A gauche inférieurement, le son était mat et le bruit respiratoire nul : il n'y avait pas d'égophonie. Pouls fréquent, peau chaude et sèche. (*Douze sangsues sur le côté gauche.*) 29, même état. (*Saignée de douze onces.*)

30, augmentation de la dyspnée, anxiété extrême. Le malade, couché sur le dos, se plaignait d'un poids insupportable qui s'opposait à la dilatation de la poitrine. A gauche, le son était mat, tant en avant qu'en arrière,

jusqu'au niveau de la troisième côte; à droite et à gauche, le bruit respiratoire ne s'entendait avec netteté que dans la fosse sus-épineuse et immédiatement au-dessous de la clavicule; plus bas, des deux côtés, l'on entendait différentes variétés de râle bronchique (râle muqueux en quelques points, en d'autres râle sibilant ou ronflant). A gauche latéralement et en arrière, nous entendîmes pour la première fois une égophonie manifeste; la fièvre persistait. (*Trente sangsues sur le côté gauche, tisane de violette gommée, lavement de pariétaire.*)

Le malade sentit un soulagement notable à la suite de l'application des sangsues; la douleur disparut complètement. Le soir, il y eut pour la première fois une sueur abondante; il toussa et expectora beaucoup de mucosités. La nuit, il dormit paisiblement.

Le 31, la respiration était beaucoup plus libre; le pouls n'avait plus qu'une très-légère fréquence. Le malade, couché sur le côté droit, se félicitait du mieux qu'il éprouvait : l'égophonie ne s'entendait plus; d'ailleurs la matité n'avait pas diminué; l'auscultation fournissait les mêmes signes.

Le 1er août, le son s'était rétabli en avant depuis la clavicule jusqu'au niveau du sein, et en arrière jusque vers le milieu de la fosse sous-épineuse. Dans ce même espace, le bruit respiratoire était net, mais beaucoup plus faible qu'à droite; plus bas, tant en avant qu'en arrière, le son était très-mat et le bruit respiratoire presque nul; il n'y avait aucune trace d'égophonie. L'épanchement, bien qu'évidemment diminué, était encore bien considérable, et cependant l'apyrexie était devenue complète; l'oppression était très légère : d'assez

fortes quintes de toux, suscitées par le moindre mouvement, tourmentaient souvent le malade. (*Tisanes adoucissantes, deux crêmes de riz, deux bouillons.*)

Les six jours suivans, l'état de la poitrine resta stationnaire; cependant les forces revenaient rapidement, l'appétit était excellent : l'apyrexie était complète pendant le jour; mais chaque soir le pouls s'accélérait un peu et des sueurs abondantes avaient lieu chaque nuit. On n'augmenta pas la quantité d'alimens.

Le 8 août, un vésicatoire de six pouces de diamètre fut appliqué sur le côté gauche.

Le 10, on entendit de nouveau l'égophonie. Jusqu'au 19, la matité du son diminua progressivement, et le bruit d'expansion pulmonaire commença à se faire entendre un peu dans tout le côté gauche. L'état général était excellent. Le malade ne sentait aucune oppression, il ne toussait plus, et, se croyant complètement guéri, il supportait impatiemment le vésicatoire : on ne lui accordait qu'un très-léger quart d'alimens. Le 19 août, l'égophonie cessa de se faire entendre, bien que le son fût encore un peu moindre à gauche et que le bruit respiratoire fût plus faible. C'est avec beaucoup de peine que nous empêchâmes le malade de sortir à cette époque. Le 26 août seulement, l'égalité du son et du bruit respiratoire des deux côtés indiqua que l'entière résorption de l'épanchement avait eu lieu : on fit alors sécher le vésicatoire. Le malade ne tarda pas à sortir.

La pleurésie s'annonça d'abord chez cet individu par une de ces douleurs passagères, fugitives, qui semblent

surtout avoir leur siége dans les muscles des parois thoraciques. Au bout de treize jours seulement, cette douleur s'exaspéra tout-à-coup, devint fixe, permanente, et fut dès-lors accompagnée de tous les symptômes d'une pleurésie aiguë. Si le 24 juillet une large émission sanguine eût été faite, peut-être l'inflammation eût-elle avorté, et l'épanchement n'aurait-il pas eu lieu. Quoi qu'il en soit, cet épanchement était déjà considérable à l'époque de l'entrée du malade. Il y avait alors son mat, et absence de respiration dans la moitié inférieure environ du côté gauche du thorax. Deux jours après, il y avait augmentation manifeste de l'épanchement, et, chose remarquable, l'égophonie se fit alors entendre pour la première fois; on ne la retrouva plus le lendemain, puis elle reparut plus tard, lorsque l'épanchement avait déjà notablement diminué; enfin, on cessa de nouveau de l'entendre, avant le rétablissement complet du son et du bruit naturel de la respiration.

Nous noterons avec soin les différens râles bronchiques qui, à une certaine époque de la maladie, se firent entendre du côté gauche, malgré l'épanchement. Nous noterons aussi la manière graduelle dont se rétablit le bruit d'expansion pulmonaire, à mesure que le liquide épanché se résorba.

A une époque où la collection était encore considérable, il n'y avait plus déjà ni toux, ni dyspnée, ni fièvre; les forces étaient en très-bon état, l'aspect de la face excellent; et, ce que nous ne saurions trop répéter, on aurait alors regardé le malade comme déjà convalescent, sans les signes fournis par la percussion et l'auscultation. Ce furent ces signes qui engagèrent M. Ler

minier à maintenir le malade à un régime sévère, malgré l'apyrexie. Toutefois l'épanchement ne diminuait pas. Ainsi, dans ce cas, la nature, abandonnée à elle-même, semblait insuffisante pour opérer la guérison. Ce fut alors qu'un très-large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine; le malade semblait être dans les conditions les plus favorables au succès de ce moyen. En effet, peu de temps après son application, l'épanchement commença à diminuer; ce fut seulement après sa résorption totale que le vésicatoire fut séché. Jusqu'à cette dernière époque, le malade ne prit qu'une très-petite quantité d'alimens. Ce régime sévère, auquel il est si difficile de soumettre les malades, surtout lorsqu'il faut le prolonger, seconda sans doute très-efficacement l'action du vésicatoire. Malgré cette longue privation d'alimens, l'épanchement fut à peine complètement résorbé, que le malade reprit avec une étonnante rapidité et la plénitude de ses forces et son embonpoint.

Un mois à-peu-près s'écoula entre le moment où l'épanchement commença à se former, et celui de sa résorption complète.

VIIIe OBSERVATION.

Un commissionnaire, âgé de quarante-huit ans, cheveux châtains, peau brune, poitrine large, taille élevée, jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit le 16 juin, sans cause connue, un malaise général, des lassitudes dans les membres, de l'anorexie. Ces symptômes persistèrent jusqu'au 21; le malade prit alors un

vomitif, et eut d'abondantes évacuations par haut et par bas. — Le soir même, il fut pris d'un violent frisson, et dans la nuit il ressentit au-dessous du sein gauche une vive douleur que le mouvement et les grandes inspirations exaspéraient. Cette douleur persista jusqu'au 25, époque de l'entrée du malade à la Charité; jusqu'à ce moment, il n'eut qu'une toux rare et sèche.

Etat du 26. Respiration courte, accélérée; toux rare, expectoration nulle; très-légère dyspnée; son mat à gauche en arrière et latéralement depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes; dans cette même étendue, bruit respiratoire nul, égophonie évidente. A gauche, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration s'entend nette, mais faible; à gauche en avant, et à droite dans tous les points, elle est nette et très-forte. Le point de côté persiste, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche. Langue blanchâtre, soif, constipation. Diagnostic : *Épanchement pleurétique gauche encore peu considérable.* (*Saignée de douze onces, tisane de chiendent avec addition de miel et de nitre ; lavement de pariétaire, diète.*)
— Le sang présenta un petit caillot, couvert d'une couenne épaisse à bords relevés.

Le malade se sentit notablement soulagé après la saignée; dès ce moment, il ne s'aperçut plus d'aucune gêne dans la respiration; le point de côté disparut. Le soir, sueur abondante pour la première fois. Sommeil la nuit.

Le 27, le malade assurait qu'il ne sentait aucune oppression; cependant les côtes s'élevaient plus fortement et plus fréquemment que dans l'état de santé; l'abaisse-

ment du diaphragme était aussi plus marqué. La percussion et l'auscultation donnaient les mêmes renseignemens. La toux était rare, le décubitus indifférent. Un léger dévoiement s'était établi; les urines étaient peu abondantes. (*Vésicatoire de six pouces sur le côté gauche ; même tisane ; deux bouillons.*) Dans la soirée, légère moiteur.

Jusqu'au 1er. août, l'état du malade resta stationnaire. La fièvre était très-modérée ; il y avait chaque soir un peu de chaleur et de moiteur.

Le 1er. août, nous trouvâmes pour la première fois le pouls tout-à-fait apyrétique, et la peau de chaleur naturelle. Le son était sensiblement moins mat, le bruit respiratoire commençait à s'entendre un peu à gauche inférieurement, tandis que les jours précédens il y était nul; l'égophonie persistait. Le dévoiement avait cessé depuis quarante-huit heures. L'appétit était excellent ; les urines ordinaires sous le rapport de leur qualité et de leur quantité. Le soir il n'y eut ni chaleur ni sueur. (*Tisane de chiendent miellée et nitrée; deux crèmes de riz ; quatre bouillons.*)

Les jours suivans, les forces revinrent rapidement ; les signes de l'épanchement furent de moins en moins évidens.

Le 10 août, le son et le bruit respiratoire n'offraient plus de différence dans les deux côtés de la poitrine. L'égophonie n'existait plus. — Le malade quitta bientôt l'hôpital.

Nous n'essayerons point de déterminer jusqu'à quel point le vomitif, pris quelques heures avant l'invasion de

la pleurésie, en fut la cause occasionelle. Si l'on admet cette cause, au moins faudra-t-il reconnaître chez cet individu une prédisposition toute particulière, en vertu de laquelle toute cause qui aurait porté un trouble quelconque dans l'économie aurait pu également produire une phlegmasie de la plèvre.

Lorsque le malade entra à la Charité, l'épanchement pleurétique était déjà formé. La saignée pratiquée alors enleva le point de côté, modéra l'inflammation et en suspendit peut-être les progrès. De plus, en diminuant la quantité de sang qui, dans un temps donné, devait traverser les poumons, elle diminua d'une manière toute mécanique la gêne de la respiration. Souvent, dans les cas d'épanchemens les plus considérables, on parvient à rendre la dyspnée beaucoup moindre, lorsqu'on a soin de ne faire passer à travers le poumon que la plus petite quantité de sang possible, soit par d'abondantes évacuations de ce liquide, soit par la soustraction des alimens et de toute espèce de stimulant. Voilà pourquoi l'absence de la fièvre est dans ce cas si avantageuse.

A la suite de la saignée, une sorte de crise s'opéra par les sueurs et par les selles; un soulagement notable eut lieu. Cependant la persistance de la fièvre, la gêne de la respiration, plus sensible pour le médecin que pour le malade, mais surtout les signes bien autrement précis fournis par la percussion et l'auscultation, indiquaient que l'épanchement était loin d'être encore résorbé. — A cette époque, les symptômes d'un état aigu avaient en grande partie disparu. La fluxion, suivant le langage de l'école de Montpellier, assez juste dans ce

cas, était le phénomène principal (*l'élément*) qu'il fallait surtout combattre. Dans ce but, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté malade. D'abord la fièvre persista, puis elle disparut, et dès-lors l'épanchement commença à se résorber avec assez de rapidité; les forces revinrent. L'on put s'assurer dans ce cas que la résorption du liquide ne fut point favorisée par le mouvement fébrile, ainsi qu'on l'a souvent écrit. Nous voyons ici au contraire, que les signes de la résorption ne furent manifestes que lorsque le pouls eut perdu sa fréquence.

Cette observation, comme plusieurs des précédentes, prouve que lorsque l'épanchement n'est pas très-considérable, le bruit d'expansion pulmonaire peut s'entendre là où existe la collection, mais seulement beaucoup plus faible qu'ailleurs. Cette observation prouve aussi l'insuffisance des signes fournis par le décubitus; ici, en effet, le malade ne resta jamais couché sur le côté affecté.

Quant à la modification particulière de la voix, qui constitue l'égophonie, elle fut ici très-prononcée, tant que dura l'épanchement.

IXe OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se fatigua beaucoup dans la matinée du 24 août, et s'exposa à un courant d'air froid pendant qu'il était en sueur. Le soir il sentit de la céphalalgie et un peu de frisson. Dans la nuit du 24 au

25, il se réveilla avec une vive douleur au-dessous du sein gauche; cette douleur persista toute la journée. Le malade garda le lit; le soir il commença à tousser. Le 26, la douleur n'avait pas diminué; il consulta alors un médecin, qui se contenta de lui prescrire des tisanes adoucissantes. Le 27, on lui donna deux grains d'émétique: d'abondans vomissemens bilieux et plusieurs selles eurent lieu; il se sentit dans la journée notablement soulagé: le point de côté diminua, la toux devint plus rare et la respiration plus libre. Se croyant à-peu-près guéri, il essaya de se lever le 28; mais, effrayé de sa faiblesse, il se recoucha, et entra à la Charité le 29 août. Depuis l'invasion jusqu'à cette époque, des sueurs abondantes avaient eu lieu chaque nuit.

Etat du 30: La douleur ne se faisait plus sentir que pendant la toux et par la percussion ou la simple pression; la toux était peu fréquente et sèche; la respiration courte, précipitée. Les grandes inspirations étaient douloureuses et provoquaient la toux. Le malade restait à moitié assis dans son lit, le décubitus à plat augmentait considérablement la dyspnée. Dans tout le côté droit le son était très-clair et la respiration grande et nette; à gauche en arrière et latéralement, depuis la cinquième côte jusqu'en bas, le son était très-mat, la respiration nulle et l'égophonie douteuse; plus haut, de ce même côté, la sonoréité reparaissait, mais la respiration s'entendait beaucoup plus faiblement qu'à droite: c'était le résultat mécanique de la compression que le poumon avait subie, et qui ne permettait l'accès que d'une moindre quantité d'air dans un temps donné. Le pouls était peu fréquent, dur, la peau moite et peu chaude. Langue

couverte d'un enduit blanchâtre, épais; anorexie, soif; pas de selle depuis trois jours.

Diagnostic : *Pleurésie gauche terminée par épanchement.* Empêcher celui-ci d'augmenter et en favoriser la résorption en diminuant le travail inflammatoire, telle parut être l'indication à remplir. (*Saignée de seize onces, quarante sangsues sur le côté gauche, infusion de bourrache et de violette miellée, looch, diète.*)

Sous l'influence de cette double émission sanguine, la dyspnée devint moins forte dans la journée; le soir, augmentation de la fièvre. Le sang tiré de la veine ne présenta aucune couenne.

Le 31, l'égophonie, douteuse la veille, était devenue évidente; même état du reste. (*Deux vésicatoires aux jambes, même boisson.*)

1er septembre, le point de côté avait entièrement disparu; sueur la nuit, fièvre, constipation. (*Lavement avec addition de séné et de sulfate de soude.*)

Du 2 au 6 septembre, les symptômes de l'état aigu disparurent peu à peu, la peau perdit sa chaleur, le pouls devint moins fréquent et plus souple; mais chaque soir il y avait un redoublement fébrile très-marqué et des sueurs la nuit. La respiration, assez libre lorsque le malade avait depuis long-temps gardé un repos absolu, s'accélérait singulièrement dès qu'il se plaçait sur son séant ou qu'il parlait; le décubitus avait lieu sur le dos. L'auscultation et la percussion fournissaient les mêmes renseignemens; l'égophonie continuait à être évidente; ainsi l'épanchement ne paraissait pas avoir augmenté depuis l'entrée du malade, mais il n'avait pas non plus diminué : la pleurésie semblait tendre à passer à l'état chronique.

Dans cet état de choses, M. Lerminier fit couvrir le côté gauche d'un très-large vésicatoire, et en même temps il chercha à entretenir une utile diaphorèse par l'administration de la poudre de Dower (quinze grains en trois doses.)

Après l'application du vésicatoire la respiration devint de plus en plus libre, la fièvre diminua; les sueurs nocturnes ne cessaient pas. Vers le 15, l'on commença à entendre très-faiblement la respiration à gauche en arrière, là où quelques jours auparavant elle était tout-à-fait nulle. Le 18, nous trouvâmes pour la première fois le pouls entièrement sans fréquence : le malade se trouvait très-bien; il se levait sans éprouver de dyspnée, il demandait avec instance des alimens : un demi-quart lui fut accordé; il n'avait pris jusque-là que des bouillons, des vermicels et des crêmes de riz. La fréquence du pouls ne reparut pas les jours suivans. Le 22, la respiration s'entendait encore un peu plus fortement à gauche en arrière; il n'y avait plus d'égophonie. Le malade, qui se croyait rendu à une santé parfaite, nous annonça qu'il était décidé à quitter l'hôpital sous peu de jours, et malgré nos remontrances il voulut qu'on fît sécher son vésicatoire.

Le 26, nous examinâmes de nouveau sa poitrine : le son était encore mat à gauche en arrière et latéralement, depuis les dernières côtes jusqu'un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate; dans tout cet espace, la faiblesse de la respiration contrastait avec sa force dans les autres points du thorax : il s'en fallait donc beaucoup que l'épanchement fût résorbé. Du reste, l'état général du malade était très-satisfaisant; il se promenait dans

les salles sans ressentir ni fatigue, ni dyspnée. Il sortit le 27.

Nous pouvons remarquer dans cette observation ce que nous avons déjà essayé de faire ressortir dans plusieurs autres, savoir, la différence des symptômes qui signalent l'existence d'un épanchement pleurétique selon le degré d'ancienneté de la maladie, la quantité du liquide épanché étant d'ailleurs à-peu-près la même. Ainsi au début les symptômes les plus graves se manifestent : douleur de côté déchirante, gêne extrême de la respiration, fièvre intense, anxiété générale portée au plus haut degré. Dans cet état de choses, rien de plus facile que le diagnostic d'une telle maladie; mais un peu plus tard ces symptômes très-aigus se modèrent et disparaissent en partie : la dyspnée, moins considérable, ne se fait sentir que lorsque quelque changement dans l'état habituel du malade, occasioné par un mouvement insolite, par l'introduction des alimens dans l'estomac, par une impression morale, etc., accélère momentanément le cours du sang; la peau perd sa chaleur brûlante, et bientôt une légère accélération du pouls est le seul signe qui annonce que la circulation n'est pas encore revenue à son état normal. Parvenus à ce degré, les malades ne se plaignent plus que du défaut de rétablissement de leurs forces, et ils croyent toucher au moment de leur convalescence. S'il n'était éclairé par la percussion et l'auscultation, le médecin lui-même partagerait souvent cet espoir. Plus tard encore, le pouls perd complètement sa fréquence, les forces reviennent; la marche, l'action de parler, etc., n'occasionent plus de dyspnée; il semble

alors que le poumon resté sain a acquis un surcroît d'action et de vie qui rend en quelque sorte inutiles les fonctions du poumon comprimé par l'épanchement. Mais, à cette époque, si on percute de nouveau la poitrine, si on ausculte la respiration, on trouve que l'épanchement n'est point encore complètement résorbé. C'est alors que l'observation sévère des règles de l'hygiène est de la plus haute importance pour le malade : s'il s'y soumet, on peut espérer que le liquide épanché se résorbera peu à peu; s'il les néglige, une rechute ne tardera pas à survenir, l'inflammation de la plèvre repassera à l'état aigu et deviendra plus ou moins rapidement mortelle.

Nous avons pu observer ces différentes phases chez notre malade; nous avons vu que le traitement a été modifié dans chacune d'elles. Pendant que les symptômes étaient à leur plus haut degré d'acuité, on les combattit par d'abondantes saignées générales et locales. Un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine, l'action de la peau fut sollicitée par la poudre de Dower, lorsque la maladie commença à passer à l'état chronique et que la réaction générale ne fut plus à craindre. Nous n'oublierons pas de noter le soulagement momentané qui suivit l'administration des deux grains de tartre stibié pris par le malade avant son entrée à la Charité.

Rapportons maintenant d'autres cas, dans lesquels la pleurésie a été presque latente, ou même complètement latente dès le début.

Xe OBSERVATION.

Un charretier, âgé de quarante ans, peau brune, cheveux noirs, muscles peu développés, jouissant habituellement d'une bonne santé, se fatigua beaucoup le 2 juillet; il s'exposa à un courant d'air froid tandis qu'il était en sueur. Bientôt malaise général, puis frisson, et douleur à la partie antérieure droite du thorax entre le sein et la clavicule : cette douleur augmentait par la toux, la pression et les grandes inspirations. Dans la soirée, sueur très-abondante. Le deuxième et le troisième jour, persistance de la douleur, sueur le soir : d'ailleurs, le malade ne toussait ni ne crachait; il ne sentait pas d'oppression. Le quatrième jour, douze sangsues appliquées sur le siége de la douleur la firent disparaître. Le cinquième jour, le malade entra à la Charité : il ne se plaignait alors que d'une douleur très-obtuse un peu au-dessous du sein droit. Il était venu à pied à l'hôpital. Il assurait ne sentir aucune espèce de dyspnée; il se couchait indifféremment et à plat dans toutes les positions; il se plaçait facilement sur son séant, et y restait long-temps sans éprouver ni fatigue, ni dyspnée. La parole était libre, la toux nulle, l'apyrexie complète; la bouche était un peu pâteuse, et un léger dévoiement existait. Le malade nous disait qu'il n'était entré à l'hôpital que pour *se remettre* et pour recouvrer ses forces, que la fièvre des jours précédens lui avait, dit-il, enlevées. A en juger effectivement d'après l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer, rien ne semblait moins

alarmant que son état : il paraissait n'avoir eu qu'une pleurésie assez légère qu'une saignée locale avait enlevée, et on pouvait le regarder comme convalescent. Quel fut notre étonnement, lorsqu'en percutant la poitrine nous reconnûmes que dans tout le côté droit le son était très-mat ! De ce même côté, en avant et en arrière, depuis la clavicule et l'épine de l'omoplate jusqu'au niveau des dernières côtes, le bruit respiratoire ne s'entendait pas; de l'autre côté, il était fort, puéril. En appliquant l'oreille sur le côté droit et faisant parler le malade, on entendait une résonnance de la voix qui se rapprochait de l'égophonie, et qu'on aurait pu regarder comme produite par l'épanchement ; mais de l'autre côté cette résonnance était la même; c'était donc un état physiologique. Quoi qu'il en fût, l'existence d'un épanchement pleurétique ne pouvait point être révoquée en doute. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche du thorax; on l'entretint les jours suivans. Le cours des urines fut sollicité par le nitre et les scillitiques : l'absence complète de fièvre était une circonstance favorable à l'emploi de ces médicamens.

Du sixième au quinzième jour, le malade, vu soit dans la soirée, soit à différentes époques de la journée, ne présenta jamais le moindre signe de fièvre; il se promenait dans le jardin de l'hôpital, montait et descendait les escaliers, sans que sa respiration lui parût en aucune manière gênée : cependant, en l'examinant attentivement, on remarquait qu'à chaque mouvement inspiratoire l'élévation des côtes était plus grande que chez un homme bien portant; les inspirations étaient aussi plus rapprochées. *Il ne voulait pas se persuader qu'il fût malade* : il

avait un grand appétit, et ce n'était que malgré lui qu'il prolongeait son séjour à la Charité. Les urines étaient très-abondantes ; une grande quantité de sérosité s'écoulait chaque jour de la surface du vésicatoire.

Le seizième jour, on entendit pour la première fois un faible bruit respiratoire immédiatement au-dessous de la clavicule droite, près de l'union des côtes avec le sternum ; le son nous parut aussi moins mat dans cette même partie. Ainsi l'épanchement avait un peu diminué : l'absence complète de fièvre, l'état très-satisfaisant des forces, tout en un mot semblait donner presque la certitude qu'à l'aide du temps et d'un traitement convenable on obtiendrait la résorption entière du liquide ; mais le malade, malgré nos représentations, voulut quitter l'hôpital le 22 juillet.

Quelques jours après, nous le rencontrâmes dans une rue de Paris, conduisant ses chevaux. Il était plein de force et de gaîté, et nous assura qu'il se portait à merveille.

Nous avons fait ressortir, dans le cours de cette observatio , ce qui la rend surtout intéressante : on ne conçoit pas véritablement comment une aussi abondante collection, rapidement survenue, peut exister sans gêner notablement la respiration, sans troubler en aucune manière l'économie. Certes, on n'admettrait point *à priori* la possibilité de pareils faits. Nous pourrions rapprocher de l'histoire de ce malade celle d'un jeune élève en pharmacie auquel nous avons donné nos soins il y a environ deux ans, rue du Faubourg Saint-Honoré, n° 21. Ce jeune homme, d'une assez faible constitution, res-

sentit d'abord dans les parois thorachiques du côté gauche des douleurs vagues qui furent regardées comme rhumatismales; elles devinrent bientôt plus intenses, et la fièvre s'alluma. Le côté gauche fut couvert de sangsues; d'abondantes saignées générales furent pratiquées. Nous vîmes alors le malade : la poitrine percutée rendait un son très-mat dans tout le côté gauche, tant en avant qu'en arrière : dans tout ce côté le bruit respiratoire était nul; il n'y avait aucune résonnance particulière de la voix. D'ailleurs, le malade ne toussait ni ne crachait; il se couchait indifféremment et à plat dans toutes les positions; il assurait ne sentir aucune oppression : cependant la respiration était évidemment accélérée et la parole un peu haletante. La fièvre, très-modérée pendant le jour, devenait un peu plus forte chaque soir. Nous ne pouvions avoir de doute sur la nature de la maladie. M. T... avait été déjà abondamment saigné : nous pensâmes que durant quelques jours il ne fallait faire aucun traitement actif, donner quelques tisanes émollientes, et recommander une diète sévère. Nous espérions ainsi voir céder la fièvre, et nous attendions ce moment pour appliquer un vésicatoire. En effet, le mouvement fébrile ne tarda pas à s'éteindre, et nous couvrîmes le côté gauche d'un très-large vésicatoire : ce topique irrita beaucoup le malade et ralluma momentanément la fièvre; on en diminua la surface et on entretint le reste; on administra en même temps de légers diurétiques, soit en friction, soit à l'intérieur. Peu de jours s'étaient à peine écoulés, que nous commençâmes à entendre un faible bruit respiratoire au-dessous de l'épine de l'omoplate et de la clavicule gauche, preuve manifeste que l'épanchement avait un peu dimi-

nué. Les quinze jours suivans, il resta stationnaire. Cependant tous ceux qui voyaient le malade le regardaient comme convalescent : nous l'aurions aussi considéré comme tel, si l'auscultation et la percussion n'eussent continué à indiquer l'existence d'un épanchement considérable. Dans cet état de choses, M. T... désira vivement retourner dans son pays, où il voulait, disait-il, passer le temps de sa convalescence. Persuadé que l'emploi bien dirigé des moyens hygiéniques était désormais pour lui une des grandes voies de guérison, nous accédâmes à ses désirs. M. T... passa un mois à la campagne au sein de sa famille; il faisait tous les jours un léger exercice, mangeait peu et buvait du lait. A son retour à Paris, il ne nous offrit plus aucune trace d'épanchement, et il jouissait d'une santé parfaite.

XIe OBSERVATION.

Un Bavarois, tailleur, âgé de vingt-deux ans, taille élancée, peau blanche, muscles grêles, vint à pied, il y a quatre mois, d'Alsace à Paris, en portant sur son dos un sac assez lourd. Depuis cette époque il a habituellement une toux sèche, et se plaint d'être un peu asthmatique; jamais il n'a éprouvé la moindre douleur dans la poitrine. Dans les cinq jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a expectoré une assez grande quantité de sang vermeil, écumeux. Entré le 14 mars, il présente le 15 l'état suivant :

Face pâle, pouls fébrile, peau moite; son très-mat dans tout le côté droit du thorax, excepté sous la clavi

cule ; de ce même côté, le bruit respiratoire ne s'entend que dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. La voix ne présente aucune résonnance particulière. Le côté droit mesuré est plus large que l'autre de sept à huit lignes. A gauche, le bruit respiratoire est fort, puéril, mêlé en quelques points de râle muqueux. Décubitus indifférent ; respiration courte, accélérée ; continuation de l'hémoptysie, forces bien conservées, fonctions digestives intactes. Diagnostic : *Pleurésie chronique gauche avec épanchement, compliquée d'hémoptysie.* (*Saignée de douze onces.*) Le sang présenta une couenne.

Le lendemain 16, l'hémoptysie était moins abondante et le pouls moins fréquent. (*Saignée de douze onces, tisane d'orge, une crême de riz, deux bouillons.*) Le sang était sans couenne. Le 17, l'hémoptysie avait presque entièrement cessé, il n'y avait plus de fièvre; mais tous les signes de l'épanchement persistaient. Le 18, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté droit; dans la nuit qui suivit cette application le crachement de sang augmenta. Du 19 au 23, le malade n'expectora plus, dans chaque vingt-quatre heures, que deux ou trois crachats teints de sang; à dater du 24, l'hémoptysie cessa entièrement. Depuis cette époque jusqu'au 11 avril, le malade fut constamment sans fièvre; il toussait très-peu et ne se plaignait que d'avoir l'haleine un peu courte : cependant rien n'annonçait une diminution de l'épanchement. Le 11 avril, cet homme, se sentant fort et se croyant bien portant, voulut quitter l'hôpital.

Cette observation nous offre l'exemple d'une pleurésie

encore plus latente que la précédente. Ici, en effet, l'existence de la maladie ne fut annoncée à aucune époque par de la douleur. M. Broussais a également rapporté plusieurs cas d'épanchemens pleurétiques qu'aucune douleur n'accompagna ni ne précéda. Peut-être chez cet individu l'épanchement commença-t-il à se former dès l'époque de son arrivée à Paris. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas cet épanchement, mais seulement l'hémoptysie, qui força le malade à interrompre ses occupations et à entrer à la Charité. C'est de l'hémoptysie que dépendaient et la fièvre, et la dyspnée, et la toux fréquente; en un mot, l'état aigu que présentait le malade lors de son entrée. En effet, tous ces symptômes disparurent en même temps que le crachement de sang. Bien que l'épanchement fût assez considérable pour avoir dilaté le côté du thorax où il existait, il gênait si peu la respiration, il troublait tellement peu l'économie, que quiconque aurait vu le malade à cette époque, sans l'ausculter et le percuter, ou sans mesurer sa poitrine, l'aurait regardé comme complètement guéri.

Du reste, quel que fût alors le bon état du malade, le pronostic n'en était pas moins fâcheux. Convenablement traité, cet individu, à force de temps et de soins, aurait pu guérir comme le malade dont nous avons parlé dans la dixième observation; mais, dans un tel état, le moindre écart de régime, toutes les circonstances propres à accélérer le cours du sang, devaient lui être funestes; de-là devaient résulter l'augmentation de la dyspnée, et par suite la tendance au marasme, la diminution progressive des forces, la fièvre hectique, la détérioration de toutes les fonctions, et enfin la mort.

Nous ne citerons pas d'autres observations de ce genre, parce qu'elles ne seraient que l'exacte répétition des précédentes. Passons maintenant aux cas où la pleurésie s'est terminée par la mort : comme ces cas sont d'un intérêt plus varié, nous en donnerons un assez grand nombre d'exemples.

XII[e] OBSERVATION.

Un homme de trente-deux ans, exerçant dans les campagnes le métier de brocanteur, ayant quelquefois craché du sang, toussant depuis plusieurs années, et ayant habituellement la respiration un peu courte, ressent le 19 mars un violent point de côté à droite; en même temps, frisson suivi de chaleur, oppression. Les deux jours suivans, persistance de ces symptômes; application de cinquante sangsues sur la poitrine. Lors de l'entrée du malade à la Charité (quatrième jour depuis l'invasion de la douleur), une large saignée fut pratiquée. Le lendemain matin, cinquième jour, la respiration était très-gênée, la parole haletante; le décubitus avait lieu sur le côté droit; la douleur ne se faisait plus sentir que par la toux et la percussion. Le son était mat dans toute l'étendue de la partie postérieure droite du thorax ; dans cette même partie le bruit respiratoire était nul, ailleurs il était fort et net; il n'y avait aucune résonnance particulière de la voix. L'expectoration était celle de la bronchite chronique. Le pouls était fréquent et faible, la peau couverte de sueur. Le sang tiré la veille présentait un caillot dense, couvert d'une couenne

épaisse, à bords relevés, entourée de beaucoup de sérosité. Le malade était si faible, que M. Lerminier ne crut pas convenable d'ouvrir de nouveau la veine. (*Vingt sangsues à l'anus, vésicatoire de huit pouces de diamètre sur le côté droit, tisane de violette, deux bouillons.*)

Le sixième jour, oppression moindre, face meilleure; une très-grande quantité de sérosité s'était écoulée du vésicatoire. Le soir, grande gêne de la respiration.

Septième jour, le son est devenu mat et le bruit respiratoire ne s'entend plus à droite en avant; ainsi l'épanchement a augmenté. Le côté droit mesuré est plus grand que l'autre de huit lignes; le pouls est très-fréquent, bien que la peau soit sans chaleur; les traits de la face s'altèrent; l'affaiblissement général fait des progrès. (*Deux vésicatoires aux jambes; on entretient celui du thorax. Décoction de polygala, un grain de kermès dans cinq onces de potion gommeuse, tisane de violette.*)

Les trois jours suivans, dyspnée de plus en plus grande; mêmes signes par l'auscultation et la percussion. Décubitus sur le dos, un peu incliné à droite; pouls fréquent et faible; sueurs partielles de la tête et du cou.

Onzième jour, face cadavérique, respiration haletante, pouls filiforme, extrémités froides. Mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Tout le côté droit du thorax, depuis la première côte jusqu'au diaphragme refoulé fortement en bas, est rempli par un liquide purulent mêlé à un peu d'air, qui s'échappe sous forme de bulle au moment où l'on incise

un espace intercostal. Le poumon de ce côté, refoulé contre les médiastins, est réduit à une lame mince; on lui rend facilement son volume par une insufflation légère. Des fausses membranes épaisses, molles, non encore organisées, le recouvrent. Son parenchyme est sain. La plèvre et le poumon du côté gauche ne présentent rien de remarquable. Le cœur, rempli de sang noir en partie coagulé, présente une hypertrophie légère du ventricule gauche avec dilatation de sa cavité. — La face interne de l'aorte, en contact avec du sang noir liquide, est rouge. — Le foie, refoulé par le diaphragme fortement abaissé, descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Il est gorgé de sang. — Un grand nombre de veines pleines de sang rampent sous la muqueuse gastrique.

Cette observation présente en quelque sorte le type des inflammations aiguës de la plèvre. Combattue dès son début par l'application d'un grand nombre de sangsues sur la poitrine, cette phlegmasie n'en marcha pas avec une intensité moins grande; dès le cinquième jour, l'absence complète de tout bruit respiratoire, l'extrême matité du son, et en même temps l'ensemble des autres symptômes, annonçaient que l'épanchement était déjà très-considérable; aussi l'on n'entendait ni égophonie, ni aucune modification de la voix qui s'en rapprochât. Dès le septième jour il y avait déjà dilatation du côté où existait l'épanchement. Le décubitus eut d'abord lieu sur le côté malade; puis, à mesure que la dyspnée devint plus grande, et que la faiblesse augmenta, le malade resta couché sur le dos, de manière toutefois à être un

peu incliné à droite. Ce dernier décubitus est caractéristique. Quant au traitement, nous avons vu quels motifs engagèrent M. Lerminier à insister surtout sur les révulsifs.

Rapprochons maintenant cette observation de la 10e et de la 11e. Tout indique que dans ces trois cas l'épanchement a été aussi considérable. Chez le sujet de la 10e observation, et chez celui dont il est question dans le résumé de la 11e, la formation de l'épanchement fut aussi rapide que chez le malade dont il s'agit maintenant. Comparons les symptômes. Quelle différence !

L'oppression légère, mais habituelle, dont se plaignait le malade depuis plusieurs années, est suffisamment expliquée par la lésion du cœur. Ne fût-ce pas là une des causes qui augmenta la gravité de la pleurésie ? En raison des fréquentes hémoptysies qui avaient eu lieu, on pouvait soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires. On n'en trouva aucun.

XIIIe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique consécutif à l'ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre.

Un jeune homme de vingt-cinq ans entra à la Charité avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire. (Hémoptysies fréquentes depuis deux ans, toux habituelle depuis la même époque, oppression, diminution graduelle des forces et de l'embonpoint.) La poitrine résonnait également bien partout. A droite, le bruit res-

piratoire était fort et net; à gauche, en avant et en arrière, il était masqué en divers points par un râle ou bruit analogue à celui que l'on produit en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon. Il n'y avait pas de pectoriloquie évidente. Diagnostic : excavations tuberculeuses dans le poumon gauche, tissu pulmonaire sain autour d'elles. Pendant les quinze jours suivans, le malade ne présenta rien de nouveau. Au bout de ce temps, nous le trouvâmes un matin couché sur le côté gauche, respirant beaucoup plus difficilement que les jours précédens, et n'accusant d'ailleurs aucun point douloureux. La poitrine percutée rendit un son mat à gauche en arrière; à la place du bruit respiratoire on entendait dans cette même étendue le bruit que nous avons déjà décrit; la voix avait une résonnance particulière qui la rapprochait de la voix du *polichinelle*. Le pouls était petit et fréquent, la face pâle, couverte de sueur. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*)

Les trois jours suivans, augmentation de la dyspnée; amaigrissement rapide; altération profonde des traits; décubitus constant sur le côté gauche, malgré le vésicatoire. Pressentiment de sa fin prochaine, râle trachéal. Mort.

Ouverture du cadavre.

Une pinte d'un liquide séro-purulent existait dans la plèvre gauche. Des fausses membranes, de formation récente, recouvraient toute la surface du poumon, dont le volume était peu diminué. Lorsqu'on eut enlevé ces pseudo-membranes, on découvrit sur la face externe du poumon, un peu au-dessus de la scissure interlobaire,

une ouverture à bords arrondis et mousses, ayant environ deux à trois lignes de diamètre. A travers cette ouverture on distinguait une cavité creusée dans le parenchyme pulmonaire. Une sonde cannelée, introduite dans une division bronchique, sortit aisément par cette ouverture. En incisant sur le trajet de l'instrument, on s'assura qu'il avait pénétré dans un gros tuyau bronchique qui s'ouvrait dans une vaste caverne, sur la paroi externe de laquelle s'était formée l'ouverture. Dès-lors la cause de la pleurésie ne fut plus douteuse. — Dans ce même poumon existaient d'autres tubercules dont plusieurs, ramollis, formaient déjà de petites cavités. Dans leurs intervalles le parenchyme pulmonaire était sain. Le poumon droit ne contenait qu'un petit nombre de tubercules encore crus.

Les épanchemens pleurétiques dus à la communication d'une excavation tuberculeuse avec la cavité de la plèvre, ne sont pas très-rares. Il en résulte ordinairement une pleurésie aiguë, plus ou moins immédiatement mortelle. Dans le cas dont il s'agit ici, l'absence de la douleur est une circonstance remarquable. L'épanchement était peu considérable; aussi entendîmes-nous une variété de l'égophonie; le liquide épanché n'empêcha pas non plus d'entendre le râle des cavernes.

Il n'est pas très-rare de rencontrer chez des phthisiques des excavations tuberculeuses dont la paroi externe est uniquement formée, dans une étendue plus ou moins grande, par la plèvre mince et transparente, comme dans l'état sain. Dans ce cas, on conçoit facilement la

possibilité de la rupture de cette membrane, et par suite la production d'une pleurésie.

Ce n'est pas seulement dans le cas où il existe de vastes cavernes qu'on a vu survenir des épanchemens dus à l'ouverture de ces cavités dans la plèvre. Nous avons trouvé un pareil épanchement chez un individu dont les poumons ne contenaient tout au plus que cinq à six petits tubercules. Mais l'un d'eux, de la grosseur d'une noisette, développé immédiatement au-dessous de la plèvre pulmonaire, et déjà ramolli, en avait déterminé la perforation.

Dans la plupart des cas où une pleurésie résulte de l'ouverture d'une caverne pulmonaire dans la plèvre, il y a en même temps pneumo-thorax; nous nous occuperons plus bas de cette complication.

XIVe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique consécutif à la communication d'une gangrène du poumon avec la plèvre.

Un homme de quarante ans environ entra à la Charité dans le cours du mois de décembre 1822; son intelligence était tellement obtuse, qu'on ne put obtenir de lui aucun renseignement précis sur son état antécédent. Cet individu était pâle et faible; il toussait et avait une expectoration purement catarrhale. La respiration était courte et accélérée. La percussion et l'auscultation ne faisaient reconnaître rien de pathologique. Une diarrhée abondante existait depuis quinze jours. Le pouls était

fréquent et petit, la peau sans chaleur. Il n'y avait chez ce malade qu'une lésion évidente, l'inflammation intestinale. On pouvait de plus soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires. (*Vésicatoire aux cuisses, tisane de riz gommée, bouillons.*)

Les jours suivans, la fétidité repoussante de l'haleine fixa notre attention. D'ailleurs même état. (*Décoction blanche, un verre de décoction de cachou.*)

Neuf à dix jours après son entrée, ce malade se plaignit d'une douleur au niveau des six dernières côtes gauches. Une application de dix sangsues ne la fit point disparaître.

Le lendemain, les traits de la face avaient subi une altération remarquable. Le malade exprimait par des pleurs et des gémissemens l'intensité de la douleur qu'il ressentait dans le côté gauche. La respiration était haute, accélérée; le décubitus avait lieu sur le dos. La toux était plus fréquente; les crachats n'avaient pas changé de caractère. La poitrine semblait résonner un peu moins bien à gauche en arrière; là aussi le bruit respiratoire était plus faible, sans mélange de râle. M. Lerminier annonça l'existence d'un commencement d'épanchement pleurétique. Malgré la grande faiblesse du malade, il fit appliquer de nouveau vingt sangsues sur le côté affecté, et deux vésicatoires aux jambes. — Dans la journée, l'affaissement général devint de plus en plus grand, la respiration ne s'accéléra pas davantage, les facultés intellectuelles se troublèrent, les membres offrirent quelques mouvemens convulsifs, et le malade succomba dans la nuit.

Ouverture du cadavre.

Lorsque le thorax fut ouvert et qu'on eut soulevé le poumon gauche, on fut frappé de l'odeur fétide qui s'exhala de la cavité de la plèvre de ce côté. Elle contenait moins d'une pinte d'un liquide grisâtre, au milieu duquel nageaient des flocons albumineux. Ces mêmes flocons, étendus en membranes non encore organisées, tapissaient les plèvres costale et pulmonaire. La surface externe du poumon gauche présentait en arrière, vers sa partie moyenne, une profonde dépression due à l'existence d'une cavité qui communiquait avec la plèvre. Cette cavité, assez considérable pour recevoir une grosse noix, contenait une sorte de pulpe ou de bouillie d'un gris verdâtre qui, en plusieurs points, tenait encore au parenchyme pulmonaire par des filamens très-mous, comme demi-fluides. Les parois de cette cavité, à laquelle aucune forme régulière ne pouvait être assignée, ne différaient, dans l'étendue de deux ou trois lignes, de la matière qu'elle contenait, que par une consistance un peu plus grande. Plus loin, le parenchyme pulmonaire reprenait son aspect naturel. De toutes ces parties s'exhalait une fétidité gangréneuse. Dans le centre du même poumon, nous trouvâmes encore une autre portion également frappée de gangrène, mais à un degré moins avancé. Le volume de cette seconde portion égalait environ le volume d'une pomme d'api. Là, le tissu pulmonaire, facilement déchirable, mais non encore réduit en pulpe, présentait une couleur d'un brun verdâtre et une grande fétidité. Autour de cette portion,

comme autour de la première, le parenchyme du poumon était parfaitement sain. — Rien de remarquable dans le reste des organes thorachiques, non plus que dans l'encéphale et ses dépendances. — Ulcérations dans la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum.

La cause déterminante de la pleurésie fut évidemment, dans ce cas, la communication du foyer gangréneux avec la cavité de la plèvre. L'épanchement était d'ailleurs très-peu considérable, et les accidens ni la mort ne dépendirent point ici de la gêne de la respiration. Cette pleurésie fut mortelle, comme l'aurait été une péritonite, ou toute autre inflammation frappant un individu déjà profondément débilité.

Envisagée sous le rapport de la gangrène du poumon, cette observation ne nous paraît pas moins digne d'intérêt; elle montre cette gangrène existant à deux degrés différens dans un même poumon; elle prouve combien le diagnostic d'une pareille lésion peut être obscur, lorsque le foyer gangréneux ne communiquant point encore avec les bronches, il n'y a point encore d'expectoration caractéristique. Enfin il paraît bien évident que dans ce cas aucune inflammation du poumon n'a précédé son état gangréneux. Sous ce dernier rapport, cette observation diffère des observations 63 et 64 du chapitre II.

XV° OBSERVATION.

Epanchement pleurétique formé par du sang.

Un garçon marchand de vin, âgé de quarante ans, peau brune, cheveux châtains, présentant l'apparence d'une constitution forte, s'était bien porté jusqu'au commencement du mois de janvier 1822. Alors il commença à tousser; mais pendant un mois ce rhume ne l'empêcha pas de se livrer à ses occupations ordinaires; sa santé ne semblait pas altérée; au bout d'un mois, il fut pris d'un violent point de côté au niveau de la mamelle droite; en même-temps, oppression, fièvre. Entré alors à la Pitié, il y fut saigné six fois en six semaines. Sorti de l'hôpital au bout de ce temps, il conservait une toux très-légère et un peu de dyspnée. Ayant voulu reprendre ses occupations, il sentit de nouveau son point de côté, toussa davantage, et entra à la Charité le 24 avril. — Il accusait alors dans toute la partie latérale inférieure droite du thorax une douleur qui augmentait par l'inspiration et par la toux. L'haleine était courte, la parole un peu haletante; le décubitus était indifférent, l'expectoration catarrhale. La poitrine percutée rendait un son très-mat à droite en arrière et latéralement; de ce même côté, en arrière, au niveau des cinq à six premières côtes, on entendait un râle crépitant très-fort: plus bas, l'on n'entendait rien. Il n'y avait ni égophonie, ni aucune résonnance de la voix qui pût la simuler. Le côté droit du thorax, mesuré, parut plus grand que l'autre

de quatre à cinq lignes. Le pouls était fréquent, la peau sans chaleur; le malade n'avait jamais ni frisson ni sueur. Bouche mauvaise, anorexie, constipation. L'existence d'un épanchement dans la plèvre droite ne nous parut pas douteuse. Le malade était d'ailleurs dans un degré déjà très-avancé de faiblesse et d'épuisement. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté droit.

Les quatre jours suivans, même état. — Le 29, les traits de la face s'étaient profondément altérés depuis la veille; le malade avait expectoré pour la première fois des crachats purulens qui semblaient provenir de la fonte d'une masse tuberculeuse. Le 30 il avait à peine la force de prononcer à voix basse quelques paroles. L'intelligence était intacte. — Le 1er. mai, le malade était mourant; il avait expectoré une petite quantité de crachats plaqués, fétides, gris cendré. Il succomba dans la nuit; la constipation persista jusqu'à la mort.

Ouverture du cadavre.

La plèvre droite présente une vaste cavité dont la paroi supérieure, située au niveau de la quatrième côte, est formée par le lobe supérieur du poumon, que retiennent fixé aux côtes des fausses membranes épaisses. Cette cavité est remplie par un liquide d'un rouge foncé, offrant tous les caractères physiques du sang qui vient de sortir d'une veine. Deux ou trois petits caillots en occupent le fond. Les côtes, le poumon et le diaphragme, sont tapissés par des fausses membranes épaisses, rouges, parcourues par des filamens qui s'entrecroisent et laissent entre eux des aréoles ayant toutes à-peu-près la même forme et la même grandeur.

Les lobes moyen et inférieur du poumon droit sont refoulés sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Leur tissu est rouge et vide d'air. Le lobe supérieur contient plusieurs tubercules crus entre lesquels le tissu pulmonaire est fortement engoué. — Le poumon gauche est sain. Le cœur n'offre rien de remarquable.

La surface interne de l'estomac est blanche et sa muqueuse saine. L'intestin grêle présente dans toute son étendue une assez forte injection sous-muqueuse. Le gros intestin offre, dans toute l'étendue du colon, cinq à six ulcérations oblongues, dont le grand diamètre est dirigé suivant le diamètre transversal de l'intestin : leur fond noirâtre, et formé par le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi, présente dans quelques-unes des grains de matière tuberculeuse; chacune de ces ulcérations occupe au moins les deux tiers de la largeur de l'intestin; dans leurs intervalles, la muqueuse est très-pâle, d'épaisseur et de consistance ordinaires. Tout le gros intestin contient des matières fécales bien liées. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés et la plupart tuberculeux. Le foie, gorgé de sang, présente plusieurs portions d'un blanc jaunâtre, qui graissent le scalpel; la rate, volumineuse, se réduit en bouillie par la pression; des adhérences celluleuses intimes unissent le colon au foie.

Lorsque ce malade fut soumis à notre examen, l'épanchement pleurétique était déjà formé depuis long temps : tout porte à croire qu'il commença à l'époque où le point de côté se manifesta, un mois après l'invasion du catarrhe. Le repos, le régime auquel cet individu fut

soumis pendant son séjour à la Pitié, en firent disparaître la plupart des symptômes; mais ceux-ci se manifestèrent de nouveau dès que le malade, en se livrant à son genre de vie habituel, appela dans le poumon une plus grande quantité de sang : de-là, gêne de la respiration, réapparition de la douleur, anxiété générale, afflux vers tous les organes d'un sang mal élaboré, et par suite défaut de nutrition, affaiblissement, mort prompte, qui eût été retardée par une observation plus rigoureuse des règles de l'hygiène.

Quoi qu'il en soit, la quantité considérable du liquide épanché fut annoncée par la grande matité du son, par l'absence complète du bruit respiratoire et de toute égophonie. Vers le sommet du poumon seulement l'on entendait du râle crépitant; on en trouva la raison dans la disposition du lobe supérieur, qui, fixé aux côtes par des adhérences, n'avait pu être déplacé par le liquide, et formait en quelque sorte la voûte de la cavité que la collection remplissait. Le râle crépitant annonçait d'ailleurs un engorgement inflammatoire du tissu pulmonaire; on en constata effectivement l'existence.

La présence de caillots sanguins dans la plèvre ne permet pas de douter que l'épanchement ne fût en grande partie formé par du sang en nature : ce cas n'est pas le plus commun; ordinairement les épanchemens de liquides rouges dans les membranes séreuses paraissent être seulement formés par la sérosité unie à une quantité plus ou moins grande de la matière colorante du sang, mais sans fibrine. Cet épanchement avait-il été sanguinolent dès le principe? le sang ne fut-il, au contraire, exhalé que dans les derniers temps? Ces questions ne peuvent être réso-

lues. Mais ce qu'il est important de remarquer, c'est que pendant la vie cet épanchement sanguin ne donna lieu à aucun symptôme qui pût le faire distinguer d'un épanchement séreux ou purulent. On ne remarqua pas, en particulier, la douleur très-vive que l'on a dit accompagner la formation de ces sortes d'épanchemens.

Nous ne nous étendrons point ici sur le développement des tubercules dans le poumon, dans les intestins et dans les ganglions mésentériques, chez un individu dont la constitution n'était rien moins que lymphatique. Nous ferons remarquer seulement que dans l'abdomen leur développement semblait être consécutif à l'inflammation; que dans la poitrine ils existaient au milieu d'un tissu enflammé, et seulement du côté de la pleurésie.

Nous fixerons aussi l'attention, 1°. sur la nature de l'expectoration, semblable à celle que fournissent de vastes excavations tuberculeuses, et qui était uniquement le produit de la muqueuse bronchique; 2°. sur l'absence de la diarrhée dans un cas où de larges ulcérations existaient dans le gros intestin. Nous avons cherché ailleurs à expliquer cette sorte d'anomalie. (Ier vol., pag. 428)

XVIe OBSERVATION.

Epanchement sanguinolent ; fausses membranes tuberculeuses.

Un domestique, âgé de cinquante ans environ, fortement constitué, a toujours joui d'une bonne santé. Pendant les trois dernières semaines du mois de mars, il ressentit au-dessous du sein gauche des douleurs légères

qui plusieurs fois se montrèrent et disparurent. Cependant il continua à se livrer à ses occupations ordinaires. Le 4 mai, après le dîner, la douleur de côté, qui avait cessé depuis quelques jours, se renouvela tout-à-coup avec plus d'intensité que jamais; elle persista toute la nuit. Le moindre mouvement, la pression la plus légère, les inspirations profondes l'exaspéraient. Le 5, le malade commença à tousser et s'alita : des sangsues appliquées sur le siége de la douleur la diminuèrent, mais ne l'enlevèrent pas. Du 5 au 12 mai, toux sèche, persistance de la douleur, oppression. (*Tisanes adoucissantes.*) Nous vîmes le malade pour la première fois dans la matinée du 13; il présenta l'état suivant :

Face pâle, abattue; décubitus horizontal impossible, sous peine de suffocation imminente. Le malade reste à-demi assis dans son lit, la tête et le dos soutenus par des oreillers, comme dans les maladies du cœur. La respiration est courte et précipitée, la parole un peu haletante; la douleur existe encore. Toux fréquente, expectoration catarrhale; son très-mat, et absence de tout bruit respiratoire dans tout le côté gauche; pas d'égophonie. A droite, bruit d'expansion pulmonaire net et très-fort; pouls médiocrement fréquent; peau chaude et sèche. Diagnostic : Pleurésie gauche terminée par épanchement. (*Saignée d'une livre, tisanes adoucissantes.*)

Le sang présenta un petit caillot recouvert d'une couenne épaisse, à bords relevés, entouré d'une abondante sérosité.

Le lendemain 14, respiration moins gênée, face plus naturelle. La douleur ne se fait plus sentir que par une forte pression. (*Deuxième saignée.*) Même aspect du sang.

15, (*large vésicatoire sur le côté.*) Dans la nuit du 15 au 16, sueur copieuse pour la première fois. Dans la matinée du 16, respiration incomparablement plus libre que les jours précédens, décubitus indifférent, pouls à peine fréquent. Le malade se sent fort et dispos. A gauche, la matité du son persiste depuis la base de la poitrine jusque vers le milieu de l'omoplate; plus haut, le son est assez clair et le bruit d'expansion pulmonaire s'y entend faiblement. Il était manifeste qu'une partie du liquide épanché avait été résorbée.

Le 17, on entendit pour la première fois en arrière une égophonie évidente. Ainsi l'apparition de ce signe coïncidait ici avec la diminution de l'épanchement.

Du 18 au 21, même état. Dans la nuit du 21, la respiration redevint tout-à-coup très-gênée. Le lendemain matin, retour de l'orthopnée, vive anxiété, découragement, pouls faible et très-fréquent. Cependant les signes fournis par l'auscultation et la percussion n'annonçaient pas que l'épanchement eût augmenté. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Dans la journée, diminution de la dyspnée et de la fréquence du pouls.

Pendant le reste du mois d'avril l'état du malade ne subit aucun changement notable. La respiration n'était que médiocrement gênée pendant le repos; mais la simple action de descendre du lit produisait la suffocation. L'égophonie était toujours évidente, la toux était rare, la douleur avait entièrement disparu, le pouls était fréquent sans que la peau fût chaude, l'anorexie était complète, la langue naturelle, les selles ordinaires. On fit sécher les vésicatoires des jambes et de la poitrine, et l'on en plaça un au bras; des crêmes de riz, des bouil-

lons, des potages étaient accordés pour toute nourriture.

Au commencement du mois de mai, des sueurs se manifestèrent chaque nuit; l'affaiblissement fit des progrès rapides; les traits de la face s'altérèrent. Ces signes annonçaient l'approche du terme fatal. Cependant le bruit respiratoire était rétabli à gauche en avant; en arrière, on commençait à l'entendre faiblement. L'égophonie n'existait plus. Ainsi, bien que l'état général empirât, la maladie locale paraissait s'améliorer. On chercha à soutenir les forces en donnant chaque jour une pinte de décoction de polygala avec addition d'une demi-once d'oxymel scillitique, et d'une once de sirop d'écorces d'oranges amères, quelques cuillerées de vin d'aunée, des potions éthérées, des loochs avec le kermès.

Le 20 mai, le malade, tourmenté par des affaires de famille, demanda avec instance à quitter momentanément l'hôpital. Il fit à pied une vingtaine de pas; puis, ne pouvant plus se soutenir, il se fit porter jusqu'à une voiture qui l'attendait à la porte. A peine y était-il entré qu'il demanda brusquement qu'on ouvrît la portière, perdit connaissance, et expira.

Ouverture du cadavre.

La plèvre gauche contenait un peu plus d'une pinte d'un liquide d'un rouge foncé, tout-à-fait semblable au sang qui vient de sortir d'une veine. Au fond de ce liquide existaient des masses rougeâtres, amorphes, formées par un tissu aréolé au milieu duquel étaient creusées plusieurs petites loges pleines de sang liquide. — La plèvre costale et pulmonaire était tapissée par des

fausses membranes d'un rouge intense. Au-dessous d'elles on en trouvait d'autres, épaisses et blanches, au milieu desquelles s'étaient développés beaucoup de tubercules. — Le poumon gauche sain, et encoro très-perméable à l'air, occupait la plus grande partie de la cavité qui le reçoit ordinairement. — Rien de notable dans le poumon droit non plus que dans la plèvro de ce côté. — Le cœur était de volume naturel, et bien proportionné. Ses cavités droites étaient occupées par un gros caillot fibrineux, dépouillé de matière colorante. Ce caillot distendait fortement l'orifice auriculo-ventriculaire, et se prolongeait dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire.

La muqueuse gastrique était dans son état physiologique, ainsi que celle de tout l'intestin grêle. La surface interne du gros intestin était assez vivement injectée.

Une quantité assez considérable de sérosité transparente distendait les ventricules latéraux.

Chez co malade, comme chez le précédent, l'épanchement de la plèvre était en grande partie formé par du sang. Chez lui, aussi, aucun symptôme particulier n'annonça cette espèce d'épanchement, et il est impossible de dire s'il fut tel dès le principe, ou bien si l'exhalation sanguine eut seulement lieu vers le 20 mai, époque à laquelle on remarqua cette exaspération momentanée des symptômes, qui ne coïncida pas avec une augmentation de l'épanchement; la blancheur des fausses membranes profondément situées semble annoncer que l'épanchement n'avait point été primitivement sanguinolent.

La collection avait été d'ailleurs beaucoup plus considérable qu'on ne la trouva lors de l'ouverture du cadavre. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion indiquèrent ses différentes périodes d'accroissement et de diminution. Ainsi la matité du son diminua progressivement de la partie supérieure du thorax vers l'inférieure. Le bruit respiratoire, d'abord nul dans toute l'étendue du côté gauche, s'entendit d'abord faiblement au-dessous de la clavicule gauche, puis dans tout le reste de ce côté. Ainsi l'existence d'un demi-litre de liquide dans la plèvre n'empêche pas le bruit d'expansion pulmonaire d'être entendu, mais seulement il le rend beaucoup plus faible. Quant au chevrotement de la voix, nul d'abord, il ne commença à se montrer que lorsque la quantité de liquide épanché eut déjà notablement diminué; plus tard, lorsque celui-ci fut encore moins considérable, l'égophonie cessa de se faire entendre.

Nous avons déjà fait ressortir dans le cours de l'observation cette sorte de désaccord qui existait entre la diminution progressive de l'épanchement et l'état général qui devenait de plus en plus grave. La nature de l'épanchement peut-elle en rendre compte? Le malade était déjà parvenu au dernier degré de l'épuisement, lorsqu'il se livra à un mouvement inaccoutumé; l'accélération de la circulation pulmonaire qui en fut le résultat, causa-t-elle sa mort subite?

Reportons maintenant nos regards sur le début de la maladie: elle fut annoncée, ou plutôt précédée par une douleur vague, fugitive, peu intense, qu'aucun symptôme grave n'accompagnait, et qui semblait ne dépendre que d'une phlegmasie de la plèvre, très-légère et circous-

crite. L'application de quelques sangsues, ou seulement le repos, la diète et des cataplasmes émolliens, l'auraient peut-être fait disparaître. Négligée, elle s'exaspéra, s'étendit, et se transforma en une maladie mortelle.

Nous observâmes à plusieurs reprises l'état d'orthopnée, aussi rare dans les épanchemens pleurétiques sans complication, qu'il est commun dans les maladies du cœur.

Les sueurs qui se manifestèrent vers le onzième jour à dater de l'époque où l'alitement eut lieu, furent accompagnées d'une amélioration manifeste. Les jours suivans, la peau resta sèche ; plus tard, les sueurs reparurent ; mais cette fois, elles furent purement symptomatiques, affaiblirent le malade et hâtèrent sa perte. Leur apparition marqua-t-elle le moment où des tubercules commencèrent à se développer dans la plèvre ? Nous croyons en effet avoir constaté que dans beaucoup de phlegmasies chroniques des sueurs abondantes ne surviennent que lorsque des tubercules se forment dans les tissus enflammés.

La fièvre ne fut habituellement annoncée que par la fréquence des battemens artériels ; deux ou trois fois seulement la température de la peau subit une élévation notable. Cette simple fréquence du pouls sans chaleur de la peau est, dans beaucoup de phlegmasies chroniques, le seul indice du trouble de la circulation ; il n'en résulte aucun malaise pour les malades, qui dans cet état ne croient point avoir de fièvre, tandis qu'ils s'en plaignent dès que la peau devient chaude.

XVIIe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique ouvert à l'extérieur entre les côtes.

Une femme, âgée de cinquante-cinq ans, entra à la Charité le 10 juillet 1820. Deux mois auparavant, elle avait eu une fluxion de poitrine avec douleur au-dessous de la mamelle droite et toux sèche : depuis cette époque elle tousse et a l'haleine courte.

Etat du 11 juillet : face rouge, vive anxiété. Le décubitus sur le côté droit est le seul possible; les tégumens de ce côté du thorax sont œdématiés; la dyspnée est très-grande, et aussitôt que la malade se place sur son séant, elle est prise de violentes quintes de toux, qui s'opposent à ce que l'auscultation puisse être utilement pratiquée. D'un autre côté, l'infiltration des tégumens rend infidèles les signes fournis par la percussion, qu'on peut d'ailleurs à peine pratiquer à cause de la douleur qu'elle excite. Les crachats, rendus facilement, sont ceux de la bronchite chronique. Le pouls est fréquent, la peau sans chaleur. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Le lendemain 12, l'état plus calme de la malade permet de pratiquer l'auscultation. Le bruit respiratoire s'entend à gauche avec force et netteté; à droite on l'entend partout net, mais très-faible.

Du 13 au 16, l'état de la malade reste stationnaire; le décubitus a constamment lieu sur le côté droit.

Le 17, le pouls est plus fréquent, la peau chaude; la dyspnée a augmenté; à droite le bruit respiratoire ne

s'entend plus, la voix résonne plus qu'à gauche. L'épanchement s'est évidemment accru. (*Saignée de douze onces, tisanes adoucissantes, diète.*)

18, vésicatoire sur le côté droit. Les jours suivans, la gêne de la respiration ne diminua pas; la malade se plaignait tellement de son vésicatoire qu'on le fit sécher; on en appliqua un autre au bras. Constamment couchée sur le côté droit, dont les tégumens étaient toujours œdématiés, elle pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante; dans tout ce côté, le bruit d'expansion pulmonaire était nul. La fréquence du pouls était médiocre, la peau peu chaude et sèche.

Le 29 juillet, nous trouvâmes pour la première fois la malade couchée sur le dos. Outre l'infiltration des jours précédens, on observa au-dessous de la clavicule droite un gonflement qui s'étendait jusque près de la mamelle; la pression sur cet endroit excitait de vives douleurs. Les jours suivans cette tumeur fit des progrès sensibles; la fluctuation y devint évidente. Un bistouri y fut plongé le 16 août; une quantité très-considérable de pus épais mêlé à des flocons albumineux s'en écoula : cette quantité de liquide était si grande, qu'il y avait tout lieu de penser qu'il venait de la plèvre. A chaque mouvement inspiratoire on voyait sortir une plus grande quantité de pus. Les trois jours suivans, beaucoup de pus continua à s'écouler à travers les lèvres de l'incision. La malade disait respirer plus librement depuis que l'ouverture de l'abcès avait été pratiquée; cependant les traits de la face se décomposèrent rapidement, les extrémités se refroidirent, et la mort survint quatre jours après l'ouverture de l'abcès.

Ouverture du cadavre.

L'abcès étant largement incisé, on trouva du pus infiltré dans une grande partie du tissu lamineux sous-cutané et inter-musculaire du côté droit du thorax. Entre la cinquième et la quatrième côte existait une ouverture à bords irrégnliers, par laquelle le pus contenu dans la plèvre s'était fait jour à l'extérieur de la poitrine. Une grande quantité de liquide purulent remplissait la plèvre droite. Des fausses membranes tapissaient les côtes et le poumon : celui-ci, refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale, était réduit à un petit volume et vide d'air; son parenchyme était sain, ainsi que celui du poumon gauche.

Rien de remarquable dans les organes des autres cavités. De la face interne du col utérin se détachait un pédicule long de cinq à six lignes, paraissant être comme une continuation de la membrane muqueuse : il se prolongeait au-delà de l'orifice du col, et se terminait, à une ligne environ de cet orifice, à un corps globuleux, du volume d'une noisette environ, pendant entre les deux lèvres du col, au-devant duquel il faisait saillie; il était formé par une foule de petits kystes séreux agglomérés.

L'infiltration des tégumens, la douleur, les quintes de toux, furent autant de circonstances qui d'abord s'opposèrent à ce qu'on pratiquât utilement la percussion et l'auscultation. Les jours suivans, l'auscultation, devenue praticable, fit reconnaître l'existence d'un épanchement pleurétique à droite; d'abord assez peu considérable

pour ne pas empêcher entièrement le bruit respiratoire d'être entendu, cet épanchement augmenta ensuite, occupa toute la cavité droite du thorax, et enfin se fraya une issue au-dehors, à travers un espace intercostal. Dès que l'abcès sous-cutané eut été artificiellement ouvert, et que le pus contenu dans la plèvre commença à s'écouler à l'extérieur, la malade dépérit avec une effrayante rapidité; de sorte que, dans ce cas, ce qui semblait être une voie de guérison préparée par la nature, devint au contraire une cause de mort plus prompte.

Nous croyons devoir rapprocher de ce fait deux autres cas d'épanchemens pleurétiques, dans lesquels le liquide amassé dans la plèvre s'est également frayé une route au-dehors avec un ensemble de circonstances semblables. Ainsi, dans ces deux cas, comme dans celui que nous venons de citer, un abcès se forma entre les côtes et la peau; il fut également ouvert, mais de plus on pratiqua une véritable opération de l'empyème, et les malades guérirent.

Un de ces faits, cité dans le *Nouveau Journal de Médecine*, sept. 1822, est extrait des journaux italiens.

Un garçon de quinze ans eut une pleurésie aiguë qui passa à la suppuration. Peu à peu il parut une petite tumeur entre la troisième et la quatrième vraie côte. Après l'application des émolliens, une petite incision fut faite sur la partie la plus déclive de la tumeur, et il en sortit une grande quantité de pus. Au bout de sept mois de maladie, arrivé au dernier degré de la consomption, le malade consulta le docteur Pacini, qui pensa qu'on devait ouvrir le foyer de l'abcès par une incision pratiquée deux côtes au-dessous de l'ouverture fistuleuse;

il pénétra avec l'instrument entre les muscles intercostaux, et, incisant la plèvre, il se fit jour dans la poitrine. Il trouva le poumon adhérent, et s'aperçut qu'il n'avait pas pénétré dans le foyer de la suppuration. La plaie resta ouverte deux jours, pendant lesquels la toux devint plus fréquente et l'oppression plus grande. Le troisième jour, beaucoup de pus s'écoula par la nouvelle incision et beaucoup moins par l'ancienne plaie. Dans l'espace de deux mois celle-ci fut entièrement fermée; la nouvelle continua à suppurer pendant cinq mois : au bout de ce temps, disparition de la toux, guérison complète. La maladie avait duré quinze mois.

Est-il bien certain que dans ce cas il y ait eu véritablement épanchement dans la plèvre? Le second fait que nous allons citer est plus circonstancié, il est extrait d'un journal anglais (*Lond. med. Repository*), et rapporté dans les *Archives Générales de Médecine*, tom. III, pag. 616.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, fut atteint d'une fluxion de poitrine. Elle parut céder aux saignées, et le quatrième jour le malade semblait convalescent. Le huitième jour il offrit les symptômes suivans : toux sèche et fréquente, douleur obtuse dans le côté droit, gêne lorsqu'il se couchait à gauche; d'ailleurs, pouls régulier, appétit bon, langue naturelle, constipation opiniâtre..... La toux augmenta graduellement; il s'y joignit une expectoration d'un mucus verdâtre, et des accès de suffocation qui duraient pendant quelques minutes. Dans les intervalles de ces accès, la respiration était parfaitement libre. Au bout de quelque temps, le côté malade parut évidemment

plus saillant que l'autre. Vers la cinquième semaine on vit paraître, entre la clavicule et la première côte, une tumeur avec fluctuation manifeste. La suffocation était imminente. Les tégumens furent incisés sur le milieu de la tumeur, dans la direction de la première côte; la plèvre fut ensuite mise à nu, et cette membrane fut ouverte avec une lancette. A peine cette dernière ouverture fut-elle pratiquée, qu'il s'écoula un flot considérable d'un liquide jaunâtre, inodore, ne contenant point de flocons albumineux. Une canule fut fixée dans l'ouverture; en la bouchant, on arrêtait de temps en temps l'écoulement du liquide, pour éviter la syncope qui suit ordinairement une déplétion trop rapide. Dans l'espace de deux heures il s'écoula ainsi *neuf* pintes de sérosité.

Immédiatement après cette opération, tous les symptômes fâcheux disparurent. Il ne survint aucun accident, et la quantité du liquide coulant par la canule diminuant graduellement, on conçut les plus grandes espérances de guérison; cependant, au bout de trois semaines les premiers symptômes reparurent. Il existait donc une seconde collection de liquide, mais qui ne communiquait pas avec la première, puisqu'il ne sortait presque plus rien par l'ouverture précédemment pratiquée. Huit jours après, un nouvel abcès se manifesta; de la fluctuation se fit sentir entre les troisième et quatrième côtes, près de leur angle. L'opération fut sur-le-champ pratiquée dans ce point, de la même manière et avec le même succès que la première. Le liquide qui s'écoula par cette seconde ouverture, était d'une couleur brune foncée, fétide, mêlé à des flocons albumineux. Tous les

accidens cessèrent de nouveau ; mais on observa alors un phénomène remarquable : le malade, en se baissant pour ramasser quelque chose, éprouva dans la trachée une sensation d'irritation qui occasiona une toux légère, suivie de l'expectoration d'environ une once de matière semblable à celle de la première collection. En répétant le même mouvement, il obtint à plusieurs reprises, pendant la journée, le même résultat ; mais, chaque fois, la quantité du liquide expectoré diminuait, puis ce phénomène cessa complètement. L'ouverture du premier abcès se ferma, la quantité de liquide fourni par le second diminuait rapidement, lorsque la toux et les autres symptômes reparurent pour la troisième fois. Une saillie, accompagnée de fluctuation, se montra de nouveau au lieu de la première ouverture ; la poche supérieure s'était donc remplie de nouveau. Une nouvelle incision devenait nécessaire ; mais la nature y pourvut : au moment où le malade faisait une forte inspiration pour vider la cavité inférieure, quelque chose se rompit à l'intérieur de la poitrine *avec un bruit que les assistans purent entendre*, et au même instant il s'échappa, par l'ouverture inférieure, un flot de liquide absolument semblable à celui de la première collection. La quantité qui s'écoula ainsi était d'environ une pinte et demie. Les symptômes cessèrent de nouveau, et le malade fut bientôt en état de se lever. Ennuyé de porter la canule, il la retira malgré l'avis du chirurgien. La plaie se referma promptement ; mais les deux poches se remplirent pour la troisième fois, et nécessitèrent une nouvelle opération, qui fut pratiquée sur la cicatrice même. Cette fois

la guérison fut complète. L'écoulement du liquide dura en tout neuf semaines, et dans cet intervalle la quantité fut au moins de cinquante-huit pintes.

ARTICLE III.

PLEURÉSIES PARTIELLES.

Les inflammations circonscrites de la plèvre sont très-fréquentes. Le plus souvent elles ne donnent lieu à aucun mouvement fébrile, ne troublent en aucune manière l'ensemble des fonctions, et ne s'annoncent que par une douleur plus ou moins vive en un point limité des parois thorachiques; tantôt cette douleur est passagère, tantôt elle persiste pendant plusieurs jours. Il survient une légère exsudation albumineuse, qui avec le temps se transforme en tissu lamineux. De là, formation d'adhérences celluleuses qui unissent d'une manière plus ou moins intime les plèvres costale et pulmonaire. On rencontre souvent ces adhérences chez des individus qui n'ont eu pendant la vie aucune affection grave de poitrine. On trouve aussi, mais plus rarement, de pareilles brides celluleuses unissant entre elles différentes portions peu étendues du péritoine, telles que le foie et le colon, ou deux anses d'intestin grêle, bien que les individus n'aient présenté pendant leur vie aucun symptôme qui ressemblât aux symptômes de la péritonite. Enfin on observe aussi ces mêmes adhérences, et même plus fréquemment que dans le péritoine, entre diverses portions de l'arachnoïde, chez des individus qui n'ont présenté non plus

aucun symptôme d'arachnitis. Les petits corps que l'on désigne ordinairement sous le nom de *glandes de Pacchioni*, ne sont très-vraisemblablement que des concrétions albumineuses, résultat de phlegmasie. Leur grande fréquence n'est pas une raison de les regarder comme appartenant à l'état sain; car on ne les rencontre pas plus souvent que les brides celluleuses de la plèvre, et personne ne s'avise plus aujourd'hui de considérer ces dernières comme des ligamens naturels, ainsi qu'on l'a fait autrefois. Que faut-il conclure de ces faits? c'est que l'inflammation des membranes séreuses, lorsqu'elle est très-peu étendue, peut naître, se développer, produire même des pseudo-membranes, sans que ce travail pathologique soit annoncé par d'autre symptôme qu'une douleur plus ou moins vive; cette douleur elle-même peut manquer.

Ces phlegmasies partielles de la plèvre peuvent exister seules, ainsi que nous venons de le voir; mais elles surviennent bien plus fréquemment dans les cas d'affection du parenchyme pulmonaire; elles en sont même une complication à-peu-près constante. Ainsi la pleuro-pneumonie est une maladie beaucoup plus commune que la pneumonie seule. Ainsi presque tous les phthisiques sont sujets à éprouver de temps en temps des douleurs dans divers points des parois thorachiques; ces douleurs ont uniquement leur siége dans la plèvre, et annoncent la phlegmasie d'un des points de cette membrane. Aussi après la mort trouve-t-on presque constamment les poumons des phthisiques unis aux côtes par des brides celluleuses plus ou moins multipliées; leur nombre est en général en raison directe de la quantité des tubercules,

et elles existent surtout dans les points correspondans aux points où les tubercules sont les plus abondans. Chez un individu dont les poumons ne contenaient qu'un seul tubercule situé presque immédiatement sous la plèvre, à la base du lobe supérieur du poumon droit, nous trouvâmes la plèvre entièrement libre d'adhérences, excepté dans le point correspondant à ce tubercule. Dans ce point existait une bride celluleuse mince qui unissait les deux lobes. Ces pleurésies partielles paraissent déjà tendre à se former, lorsque les tubercules sont encore crus, et que le tissu pulmonaire qui les entoure est encore très-sain.

Quelques espèces de pleurésies partielles méritent de fixer notre attention d'une manière spéciale, à cause des symptômes particuliers auxquels elles donnent naissance. Telles sont surtout les pleurésies diaphragmatiques et interlobaires, tels sont encore les épanchemens partiels qui se forment soit entre les côtes et le poumon, soit entre le poumon et le médiastin, soit enfin seulement vers le sommet du poumon. Nous allons citer quelques exemples de ces différentes espèces dans autant de paragraphes séparés.

§. I. PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES.

1. *Pleurésies diaphragmatiques isolées.*

XVIII[e] OBSERVATION.

Un ébéniste, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital de la Charité pendant le cours du mois d'avril 1822.

Deux jours auparavant il avait été pris, au milieu de son travail, d'un frisson léger que suivit bientôt une forte chaleur. Au milieu de celle-ci une douleur déchirante se fit sentir dans l'hypochondre gauche, le long du rebord cartilagineux des côtes; en même temps oppression considérable. Le malade chercha vainement à dissiper cette douleur par des applications de linges chauds et par l'ingestion dans l'estomac de deux petites tasses d'eau-de-vie fortement poivrée. La nuit, il ne dormit pas et fut dans un état d'agitation extrême; il eut trois fois le hoquet. Le lendemain, persistance de la douleur de l'hypocondre, augmentation de la dyspnée, toux fréquente. Nous vîmes pour la première fois le malade au commencement du troisième jour. Assis sur le séant, le tronc courbé en avant, la main continuellement appliquée sur l'hypocondre, qu'on ne pouvait légèrement presser sans arracher des cris, le malade prononçait à peine quelques mots d'une voix entrecoupée et haletante; les traits de la face exprimaient l'anxiété la plus vive; les inspirations, courtes et rapprochées, ne s'exécutaient que par l'élévation des côtes; la toux était fréquente, comme avortée; l'expectoration nulle; la percussion et l'auscultation n'apprenaient rien; le pouls était très-fréquent et dur, la peau brûlante et sèche. L'intelligence avait conservé sa netteté; les fonctions digestives ne paraissaient point altérées.

M. Lerminier soupçonna l'existence d'une pleurésie diaphragmatique; il prescrivit une saignée de douze onces et l'application de vingt sangsues le long du rebord cartilagineux des fausses côtes gauches. Dans la journée, la douleur diminua un peu; mais le soir elle

reparut avec une nouvelle intensité, et la nuit le malade délira. Dans la matinée du quatrième jour, l'intelligence avait repris sa netteté; mais la douleur et l'orthopnée persistaient; la respiration et la toux présentaient les mêmes caractères. Le pouls n'avait rien perdu de sa fréquence ni de sa dureté; les muscles de la face présentaient de temps en temps quelques mouvemens convulsifs. (*Nouvelle saignée de douze onces, réapplication de vingt sangsues sur l'endroit douloureux, boissons émollientes.*) Rémission dans la journée; exacerbation le soir et délire la nuit. (*Sinapismes aux jambes.*) Le cinquième jour, persistance des mêmes symptômes, et, de plus, nausées continuelles. (*Vésicatoires à la cuisse.*) Le sixième jour, altération profonde des traits, décubitus sur le dos, voix éteinte, hoquet et nausées de temps en en temps. (*Vésicatoire à la partie latérale inférieure gauche du thorax.*) — Mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre.

Les deux portions de plèvre qui tapissent la base du poumon gauche et la face supérieure du diaphragme de ce même côté, étaient fortement injectées et couvertes d'exsudations albumineuses qui s'étendaient de l'une à l'autre. Les autres parties de la plèvre étaient très-saines ainsi que les poumons; rien de remarquable dans le cœur non plus que dans le péricarde, qui contenait un peu de sérosité citrine. Le diaphragme ne présentait dans sa texture aucune altération appréciable; organes du crâne et de l'abdomen sains.

Les symptômes de l'inflammation de la plèvre dia-

phragmatique sont d'autant plus tranchés dans cette observation, qu'aucune autre maladie ne l'a compliquée. Ici la mort survint, comme dans les péritonites, sans qu'aucun des organes essentiels au maintien de la vie fût matériellement lésé. L'inflammation partielle d'une membrane séreuse suffit pour déterminer les plus graves symptômes, par le trouble sympathique qu'elle excita dans le système nerveux.

XIXe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de trente-un ans, avait eu déjà, depuis deux ans, plusieurs hémoptysies; il avait habituellement une petite toux sèche avec légère dyspnée, lorsque, le 5 octobre 1821, après avoir été mouillé par la pluie, il ressentit vers l'appendice xyphoïde une assez vive douleur qui l'obligeait à se tenir courbé et gênait sa respiration. Il appliqua douze sangsues sur cet endroit; la douleur disparut: le lendemain elle se fit encore ressentir par intervalles. Le surlendemain, 7 octobre, il fut réveillé, vers trois heures du matin, par une douleur violente qui, cette fois, avait son siége le long du rebord cartilagineux des côtes droites, et s'étendait même dans tout l'hypochondre et jusque dans le flanc du même côté. En même temps, malaise inexprimable; besoin continuel de tousser, sans oser le satisfaire, de peur d'exaspérer la douleur; deux ou trois vomissemens dans la journée. Entrée le soir à la Charité. — Dans la matinée du 8, le malade présente l'état suivant: Face pâle, exprimant une vive anxiété; respiration courte, ne s'exé-

cutant que par le mouvement des côtes ; petite toux continuelle ; douleur dans l'endroit indiqué, s'exaspérant par la pression. En pressant légèrement l'épigastre, on excite des nausées et un hoquet qui cesse bientôt, mais qu'une nouvelle pression reproduit. Décubitus sur le dos ; le malade se refuse à toute espèce de mouvement, de sorte qu'on ne peut le percuter et l'ausculter que très-imparfaitement ; fièvre intense, langue naturelle. (*Application de trente sangsues à l'hypochondre droit.*) Le 9 octobre, la douleur s'est de nouveau étendue à l'épigastre ; le malade, pour se soulager, se tient presque continuellement sur le séant, le thorax incliné sur l'abdomen. Percutée, la poitrine résonne bien partout ; auscultée, la respiration s'entend partout, faible, mais nette. (*Saignée de huit onces, douze sangsues à l'épigastre.*) Dans la journée, disparition de la douleur épigastrique, persistance de celle de l'hypochondre, respiration un peu plus libre après la saignée. Sixième jour, légère teinte ictérique de toute la surface de la peau, conjonctives très-jaunes ; même état d'ailleurs. Septième jour, douleur presque nulle, repiration plus facile, toux rare, sèche ; décubitus sur le dos. Dans la soirée, réapparition brusque de la douleur de l'hypochondre droit, et avec elle de tous les autres accidens. Vomissemens de bile porracée dans la nuit, à la suite desquels la douleur est tellement vive, que le malade perd momentanément connaissance. — Le lendemain matin, huitième jour, face grippée, lèvres rétractées et agitées de mouvemens convulsifs ; orthopnée. Le malade, assis, ne veut ni parler, ni exécuter le mouvement le plus léger, tant il redoute d'exaspérer sa douleur ; le pouls est fréquent et

concentré, la peau peu chaude ; la couleur jaune de la peau et des conjonctives est très-prononcée. (*Saignée de huit onces, cataplasmes émolliens et narcotiques sur l'épigastre et l'hypochondre droit.*) — Dans la journée, l'intelligence se trouble, vociférations. Neuvième jour, la douleur ne se fait plus sentir que dans la toux et les efforts ; mais la respiration est très-gênée, la fréquence du pouls persiste. L'auscultation et la percussion ne donnent aucun nouveau renseignement ; persistance de l'ictère. Dixième jour, la respiration s'entend sensiblement moins à droite qu'à gauche, où elle est devenue *puérile*. La dyspnée est considérable, la douleur de l'hypocondre très-obstuse ; le malade se plaint d'avoir fréquemment envie de vomir ; la langue conserve son aspect naturel. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*) Onzième et douzième jours, même état. Le côté droit du thorax se dilate sensiblement moins que le gauche. Treizième jour, hoquet de plusieurs heures, pendant la durée duquel la douleur de l'hypochondre et de l'épigastre se renouvellent. L'ictère ne diminue pas. Quatorzième et quinzième jours, la dyspnée devient de plus en plus grande, le pouls redevient très-fréquent, les traits de la face s'altèrent ; la respiration ne s'entend que très-faiblement à droite ; la sonoréité de la poitrine n'est pas sensiblement diminuée de ce côté ; les dernières côtes asternales droites paraissent être un peu déjetées ; le foie se sent pour la première fois dans l'hypochondre. (*Vésicatoire sur le côté droit du thorax.*) Seizième, dix-septième et dix-huitième jours, le bord tranchant du foie se sent presque au niveau de l'ombilic. L'oppression est extrême ; des nausées, des hoquets fréquens, quelques vomissemens tour-

mentent le malade. Le dix-neuvième jour il est pris de délire ; le vingtième il tombe dans un état comateux, et succombe le vingt-unième.

Ouverture du cadavre.

La base du poumon droit était séparée du diaphragme par un épanchement séro-purulent que circonscrivaient de toutes parts des concrétions membraniformes qui s'étendaient du diaphragme au poumon : cet épanchement avait à-la-fois refoulé et le poumon droit et le foie. Autres parties de la plèvre saines, poumons remplis de granulations miliaires, qu'entoure un tissu crépitant, mais engoué en arrière; cœur et péricarde dans leur état ordinaire. Viscères abdominaux sains. Forte injection du tissu cellulaire sous-arachnoïdien qui revêt la convexité des hémisphères cérébraux; sérosité lactescente dans les ventricules latéraux.

Chez cet individu, nous retrouvons d'abord à-peu-près les mêmes symptômes que chez le sujet de la première observation; il présente, de plus, un ictère très-prononcé, résultat probable de l'irritation transmise, par contiguité du tissu, de la plèvre diaphragmatique au foie. Cependant les symptômes de l'affection aiguë se calment, et alors apparaissent de nouveaux phénomènes qui annoncent le passage de la maladie à l'état chronique. La diminution d'intensité de la respiration à droite coïncidant avec la persistance du son du même côté, aurait pu faire croire à l'existence d'un emphysème du poumon; mais ce n'était, ainsi que la descente du foie

dans l'hypochondre, que le résultat mécanique de l'épanchement circonscrit dont la plèvre diaphragmatique droite était le siége. Bien que, dans ce cas, la gêne considérable de la respiration et la grande fréquence du pouls rendissent le pronostic très-défavorable, le malade aurait pu encore traîner pendant quelque temps son existence; sa guérison même ne devait pas être regardée comme impossible, lorsqu'une arachnitis sur-aiguë l'entraîna rapidement au tombeau. Est-il besoin de dire que les granulations miliaires trouvées dans les deux poumons rendent suffisamment raison des hémoptysies, de la toux habituelle, et de la dyspnée légère que le malade éprouvait depuis long-temps?

Sous le rapport de l'abaissement du foie, dû à l'épanchement pleurétique, ce cas peut être rapproché d'une observation rapportée par Stoll. Un individu, dit-il, atteint d'une pleuro-pneumonie, ressentit, le dix-neuvième jour, une douleur très-aiguë dans l'hypochondre gauche; les signes d'un empyème se manifestèrent, et bientôt la rate vint faire saillie dans le flanc gauche. A l'ouverture du cadavre on trouva plus de douze livres de pus dans le côté gauche du thorax. Le diaphragme, abaissé par ce liquide, faisait saillie dans l'abdomen et avait poussé la rate devant lui, de sorte, dit Stoll, que la douleur, que l'on avait cru appartenir à un organe du ventre, avait son siége dans la poitrine.

XXe OBSERVATION.

Pleurésie diaphragmatique avec perforation du diaphragme.

Un maçon, âgé de trente-sept ans, entra à l'hôpital de la Charité le 8 mai 1822; il présentait alors tous les symptômes de la phthisie pulmonaire au deuxième degré. Pendant le cours du mois de mai il n'offrit rien de remarquable. Vers le commencement de juin, il éprouva à plusieurs reprises des points de côté que quelques applications de sangsues firent disparaître. Le 11 juin, au milieu du redoublement fébrile du soir, il fut pris d'une vive douleur au niveau des dernières fausses côtes gauches; cette douleur persistait le lendemain matin; la respiration était courte, accélérée, entièrement costale; une hémoptysie très-abondante survint en même temps. (*Saignées générale et locale, révulsifs aux extrémités inférieures.*) Le crachement de sang s'arrêta, la douleur diminua, mais ne cessa pas. Vers le 20 juin, elle s'étendit à l'hypochondre gauche et jusqu'au flanc de ce côté; à dater de cette dernière époque, le dépérissement fut très-rapide; de vastes cavernes se creusèrent dans le parenchyme pulmonaire, où la pectoriloquie et le râle muqueux les annoncèrent. Le malade succomba le 18 juillet. A dater du commencement de ce dernier mois, la douleur de l'hypochondre et du flanc gauche ne se faisait plus sentir que par la pression, les mouvemens brusques, les grandes inspirations, ou dans les quintes de toux. La respiration, beaucoup plus gênée que chez

la plupart des phthisiques, s'exécuta constamment par le seul mouvement des côtes.

Ouverture du cadavre.

Vastes excavations tuberculeuses dans les deux poumons; adhérences cellulaires des plèvres costale et pulmonaire dans un grand nombre de points; état sain de la plèvre diaphragmatique droite et de la plèvre pulmonaire correspondante. A gauche, au contraire, la base du poumon adhérait assez solidement au diaphragme. A peine eûmes-nous détruit les adhérences membraniformes qui maintenaient ces parties réunies, que nous observâmes un vaste foyer purulent qui existait à-la-fois et dans la poitrine et dans l'abdomen. Là, le diaphragme présentait une perforation d'un pouce et demi de diamètre environ, à travers laquelle le pus, qui très-vraisemblablement s'était d'abord formé dans la plèvre, avait passé pour pénétrer dans l'abdomen. Les bords de la perforation étaient lisses et mousses, comme si elle existait déjà depuis un certain temps. Le pus qui avait pénétré dans la cavité abdominale semblait avoir repoussé au-devant de lui le péritoine. Logé entre la rate et les parois de l'abdomen, il était limité de toutes parts par des brides celluleuses étroitement unies qui lui formaient une sorte de poche. La surface interne de celle-ci, ainsi que les bords de l'ouverture du diaphragme, était tapissée par une pseudo-membrane assez épaisse, comme villeuse, et qui, plongée dans l'eau, paraissait hérissée de nombreux filamens, telle, en un mot, qu'on en trouve souvent à la surface interne des abcès. Autour de

la perforation, le tissu du diaphragme ne paraissait être nullement altéré. Rien de remarquable ne fut trouvé dans les autres organes du thorax, de l'abdomen et du crâne.

Les symptômes qui accompagnèrent ici la pleurésie diaphragmatique furent moins multipliés, moins alarmans que dans les deux premiers cas : la douleur seule en annonça l'invasion. Son extension dans l'hypochondre et dans le flanc marqua vraisemblablement le moment où le diaphragme perforé permit au pus de s'épancher dans l'abdomen. Nous ne chercherons point d'ailleurs à expliquer la cause et le mécanisme de la perforation du diaphragme; nous ne déterminerons point si ce muscle fut d'abord enflammé et ramolli, et si la solution de continuité eut lieu, soit par les simples progrès de son ramollissement, comme cela arrive dans le tissu de la cornée transparente, soit par la pression toute mécanique du pus sur les fibres musculaires préliminairement ramollies; on pourrait admettre, dans ce cas, une *pleuro-diaphragmite*. Mais, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'autour de la perforation le tissu musculaire était parfaitement sain; de sorte que, sous ce point de vue, ce cas peut être rapproché des perforations dites spontanées du canal intestinal, dans lesquelles on trouve souvent aussi, exempt de toute lésion, le tissu qui environne la perforation. Observons enfin que, dans ce cas, où il y avait véritablement affection du diaphragme, l'on ne remarqua point le rire sardonique, donné depuis bien long-temps comme l'un des signes les plus caractéristiques de l'inflammation de ce muscle.

30.

Nous avons observé plusieurs phthisiques qui se sont plaints, à diverses périodes de leur maladie, d'une douleur qui avait son siége, soit le long du rebord cartilagineux des côtes, soit dans l'un ou dans l'autre hypochondre. Ces douleurs, généralement peu vives, passagères, et que n'accompagnait aucun autre symptôme grave, nous ont paru pouvoir être rapportées à des phlegmasies partielles ou peu intenses de la plèvre diaphragmatique, et, chez plusieurs de ceux qui ont succombé, nous en avons effectivement constaté l'existence; chez d'autres, à la vérité, nous n'en avons trouvé aucune trace. D'autres, enfin, nous ont offert des adhérences plus ou moins étendues du poumon et du diaphragme, bien que, pendant leur vie, ils n'eussent accusé aucune douleur, ils n'eussent offert aucun signe qui eût pu nous les faire soupçonner. Nous reviendrons plus bas sur ces importantes anomalies.

2. *Pleurésies diaphragmatiques coexistant avec une pleurésie costo-pulmonaire.*

Elles sont plus fréquentes que les précédentes; leur diagnostic est souvent plus difficile, et leur pronostic nécessairement plus fâcheux.

XXIe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, entra à la Charité le 18 janvier 1822. Depuis trois semaines il éprouve des douleurs vagues dans le côté gauche du thorax, avec

toux sèche ou accompagnée de quelques crachats muqueux. Cependant il n'a interrompu ses occupations que depuis trois jours; depuis ce temps, respiration gênée, fièvre. (*Application de dix sangsues sur la poitrine.*) Dans la matinée du 19 janvier, il présente l'état suivant : la douleur ne se fait plus sentir très-légèrement que lorsque le malade se couche sur le côté gauche, lorsqu'on presse sur ce côté ou lorsqu'on percute. Son mat postérieurement dans les trois-quarts inférieurs du côté gauche. Dans cette même partie, la voix auscultée fait entendre une sorte de chevrotement, ou plutôt un son analogue à celui de la voix du polichinelle. Ce son particulier devient surtout très-sensible dans la prononciation de certains mots, tels que le mot *oui* (égophonie). Là aussi le bruit ordinaire de la respiration ne s'entend pas; mais à chaque mouvement inspiratoire on entend un bruit particulier, une sorte de souffle, qui annonce que l'air ne pénètre pas au-delà des gros tuyaux bronchiques. L'existence d'un épanchement considérable dans la plèvre gauche paraît évidente. Cependant la respiration est à peine gênée, la fréquence du pouls est très-légère; la peau a conservé sa température ordinaire; le décubitus est à-peu-près indifférent. Le malade tousse peu et n'expectore que quelques crachats muqueux. (*Saignée de quatre palettes, deux vésicatoires aux jambes.*) Le 20, même état. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*) Le 21, son de plus en plus mat à gauche; persistance de l'égophonie. Les mouvemens inspiratoires, plus courts et plus fréquens, s'exécutent surtout par l'abaissement du diaphragme. Du 21 janvier au 3 février, l'état du malade ne subit pas de change-

ment notable. Il était sans fièvre : habituellement couché sur le dos, il pouvait cependant se placer sans gêne sur les deux côtés ; il toussait à peine, assurait ne sentir sa respiration nullement gênée. La parole était ferme, les mouvemens libres, la face tout-à-fait naturelle, l'appétit excellent ; enfin, l'on eût pu croire que ce malade avait entièrement recouvré sa santé, si la percussion et l'auscultation n'eussent indiqué le contraire. Tel était l'état très-satisfaisant du malade, lorsque le 3 février, à onze heures du matin, il fut pris d'une vive douleur qui, ayant son siége principal dans l'hypochondre gauche, s'étendait de là d'une part à l'épigastre, et d'autre part jusque dans le flanc gauche, non loin de la crête iliaque. Dans la journée, oppression considérable, fièvre intense. (*Sinapismes aux jambes.*) Dans la matinée du 4, traits de la face tirés, exprimant l'anxiété la plus vive ; pouls fréquent et d'une petitesse remarquable ; peau sans chaleur ; mouvemens inspiratoires courts et très-rapprochés, parole haletante, pression de l'hypochondre gauche douloureuse. La respiration ne s'exécutait plus que par le mouvement des côtes droites. — M. Lerminier annonça l'existence d'une pleurésie diaphragmatique. (*Trente sangsues sur le côté gauche.*) Le 4, le malade était assis sur son séant, le tronc fortement incliné en avant : il disait qu'il étouffait. D'ailleurs, mêmes symptômes. Les trois jours suivans, diminution progressive de la douleur de l'hypochondre ; décubitus constant sur le côté gauche, impossible sur le dos ou à droite sans menace de suffocation. Son très-mat dans toute l'étendue de ce même côté en avant et en arrière ; persistance de l'égophonie ; diarrhée abondante. (*Large vésicatoire à l'épigastre*,

eau de riz gommée.) Le 8, altération profonde des traits de la face; la respiration continue à ne s'exécuter que par le mouvement des côtes droites. Pouls toujours fréquent et très-petit. Le 9, apparition d'une sueur abondante, diminution de la diarrhée. Même état du côté de la poitrine. Pendant les trois jours suivans il n'y eut de remarquable que les alternatives de sueur et de diarrhée. Le côté gauche du thorax, mesuré le 12, fut trouvé plus large que l'autre de huit à neuf lignes. — Le 14, à huit heures du matin, la décomposition des traits, la gêne extrême de la respiration, l'affaiblissement profond semblaient annoncer une mort prochaine. L'on entendit encore très-distinctement l'égophonie. A neuf heures, sueur générale, respiration râlante. Mort à onze heures.

Ouverture du cadavre.

Une énorme quantité d'un liquide purulent, verdâtre, remplissait la plèvre gauche. Les plèvres costale, pulmonaire et diaphragmatique de ce côté, étaient recouvertes par des fausses membranes blanches, rugueuses à leur surface, épaisses sur le poumon, minces ailleurs. Le poumon, refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale, était à-peu-près vide d'air. Les gros tuyaux bronchiques étaient rouges, les petits blancs. Le diaphragme, poussé en bas, dépassait le rebord des fausses côtes, et avait repoussé la rate dans le flanc gauche. Le cœur, porté à droite par l'épanchement, avait pris derrière le sternum une direction verticale; aussi pendant les derniers temps de la vie, les battemens du cœur n'étaient-ils plus percevables à la région pré-

cordiale; mais on les entendait avec force à la partie inférieure du sternum et dans le côté droit en avant; le cœur était d'ailleurs sain. Le péricarde contenait un peu de sérosité citrine. Injection veineuse de l'estomac et de l'intestin grêle; plaques rouges de la muqueuse dans le gros intestin.

Chez ce malade, la pleurésie ne s'annonça par des symptômes graves que lorsque l'inflammation se fut propagée à la plèvre diaphragmatique; nous retrouvons encore ici les mêmes symptômes que dans les observations précédentes. L'on a dû surtout remarquer le changement brusque du mode de respiration, qui cessa d'être abdominale aussitôt que la plèvre diaphragmatique s'enflamma. L'on a dû aussi être frappé du siége de la douleur, qui se fit sentir plus bas que dans aucune des autres observations. Si nous ne craignions de dépasser les limites de notre sujet, nous pourrions encore faire ressortir d'autres circonstances importantes de cette observation, telles que le début insidieux de la maladie, l'absence de tout symptôme alarmant, alors que l'épanchement était plus considérable, l'existence de l'égophonie dans un cas où le liquide épanché était tellement abondant, qu'il avait forcé les parois thorachiques à s'agrandir, déjeté le cœur à droite, et refoulé en bas le diaphragme, etc.

XXIIe OBSERVATION.

Un charron, âgé de vingt-six ans, avait déjà éprouvé plusieurs hémoptysies, lorsqu'il entra à la Charité peu

dant le cours du mois de décembre 1821. Il était alors maigre et faible. La respiration, courte, s'exécutait par le double mouvement des côtes et du diaphragme. L'on entendait du râle crépitant dans la partie postérieure gauche du thorax. Les crachats étaient abondans, formés par une sérosité trouble, au milieu de laquelle étaient suspendus de nombreux flocons. Des sueurs copieuses avaient lieu chaque nuit. Diagnostic : tubercules pulmonaires commençant à se ramollir ; engouement inflammatoire du poumon autour de plusieurs. (*Application de sangsues sur le côté gauche.*) Rien de nouveau pendant le reste de décembre. — Vers le commencement du mois de janvier, dérangement des fonctions digestives, nausées, vomissement des tisanes. Ces symptômes cèdent à une application de sangsues sur l'épigastre. Progrès de la dégénération tuberculeuse des poumons ; caverne évidente dans le poumon gauche à la fin de janvier. Le 11 février, apparition d'une vive douleur le long du rebord cartilagineux des fausses côtes gauches et dans l'hypochondre du même côté. Le 12, cette douleur persistait ; l'anxiété était extrême ; la face, grippée, offrait dans ses muscles de fréquens mouvemens convulsifs. Le malade était assis dans son lit, le corps penché en avant ; il avait passé la nuit dans cette pénible position. Le pouls, assez développé jusqu'alors, était devenu très-petit. L'invasion d'une pleurésie diaphragmatique ne parut point douteuse à M. Lerminier. (*Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*) Le 13, même état ; le son n'était pas plus mat, l'auscultation ne fournissait pas de nouveaux renseignemens. Le 14, le malade restait toujours assis dans son lit ; la douleur devenait atroce

dès qu'il essayait de se coucher. Le 15 et le 16, le décubitus horizontal devint possible ; la respiration était un peu moins gênée ; mais la *matité* du son, l'absence de la respiration, le chevrotement de la voix, annonçaient la formation d'un épanchement dans le côté gauche. A dater du 17, le malade resta constamment couché sur le côté gauche ; il ne pouvait pas s'écarter un peu de cette position sans être menacé de suffocation. Jusqu'au 23, diminution des forces, décomposition des traits, gêne de plus en plus grande de la respiration. — Mort le 23 février.

Ouverture du cadavre.

Un litre de sérosité trouble était épanché dans la plèvre gauche ; des fausses membranes blanches, molles, n'offrant encore aucune trace d'organisation, tapissaient la plèvre diaphragmatique de ce côté, très-rouge au-dessous d'elles. De pareilles concrétions albumineuses s'étendaient, sous forme de brides, de la plèvre pulmonaire vers la costale, mais seulement dans le voisinage du diaphragme ; plus haut, l'on n'en trouvait plus aucune trace. Tubercules crus et ramollis, cavernes dans les poumons ; ramollissement grisâtre de la muqueuse gastrique dans le grand cul-de-sac.

Ici, l'inflammation débuta par la plèvre diaphragmatique : les signes qui l'annoncèrent furent on ne peut plus tranchés, puis ils disparurent, et l'on n'observa plus que les signes ordinaires de la pleurésie, à mesure que l'épanchement se forma et qu'il s'étendit entre le poumon et les côtes. (*Voyez* un autre exemple de pleurésie diaphragmatique, obs. 42 du chap. II.)

Après avoir tracé avec détail, dans les observations précédentes, les symptômes qui ont annoncé d'une manière plus ou moins certaine l'inflammation de la plèvre diaphragmatique, essayons de les faire ressortir dans un court résumé. Parmi ces symptômes, les uns se sont présentés dans tous les cas soumis à notre observation; d'autres ont été beaucoup moins constans; quelques-uns, enfin, regardés par Boerhaave comme caractéristiques de la paraphrénésie, n'ont été rencontrés par nous dans aucun cas. Dans le premier groupe de symptômes nous plaçons, 1°. une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'étendant le plus souvent dans les hypochondres, et quelquefois jusque dans le flanc. Cette douleur augmente par la pression, l'inspiration, le mouvement, et dans tous les efforts; dans un seul cas, elle a commencé par se faire sentir à l'appendice xyphoïde; 2°. l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration. Ce phénomène fut surtout très-tranché chez plusieurs des malades qui font le sujet des observations précédentes: chez eux, tant que la plèvre costo-pulmonaire fut seule affectée, la respiration fut abdominale; mais à peine la douleur de l'hypochondre avait-elle annoncé l'extension de la phlegmasie à la plèvre diaphragmatique, que les parois abdominales ne se soulevaient plus, et que l'inspiration ne se produisait plus que par le mouvement d'élévation des côtes; 3°. une anxiété fort remarquable, exprimée surtout par l'altération subite des traits; 4°. une orthopnée presque constante avec inclinaison du tronc en avant. Ce symptôme, qui manque cependant quelquefois, nous paraît être l'un des plus caractéristiques; les malades qui sont dans cette

situation redoutent le moindre mouvement, comme propre à réveiller d'atroces douleurs. Lorsque l'on trouve réunis chez un malade, soit les différens symptômes que nous venons d'indiquer, soit seulement les deux premiers, on doit être porté à soupçonner l'existence d'une pleurésie diaphragmatique, et dans plusieurs de nos observations nous avons vu qu'elle avait été annoncée avec certitude.

D'autres symptômes, avons-nous dit, sont beaucoup moins constans. Tels sont le hoquet, résultat de l'irritation sympathique du diaphragme, les nausées, les vomissemens. Nous avons observé ces derniers symptômes chez des individus dont l'estomac fut trouvé parfaitement sain. Tels sont encore les mouvemens convulsifs des muscles de la face, et spécialement de ceux des lèvres, le délire survenant d'une manière continue ou intermittente. Enfin, lorsque la plèvre diaphragmatique du côté droit est le siége de l'inflammation, le foie peut s'irriter sympathiquement, et un ictère se manifeste. La coexistence de cet ictère avec une douleur plus ou moins vive de l'hypochondre droit, peut faire croire à l'existence d'une hépatite. Une pareille erreur paraît avoir été commise par Morgagni, dans un cas de pleuro-pneumonie où la douleur n'avait existé que vers l'appendice xyphoïde. Il dit à ce sujet, en avouant son erreur : *Adeò in medicinâ facile est per ea ipsa interdum decipi, quæ facere videntur ad vitandas deceptiones!* (Epist. 20, par. 31.)

Quant au rire sardonique, noté par Boerhaave, Van-Swieten, De Haen, etc., nous ne l'avons jamais observé; nous ne l'avons même pas remarqué dans le cas de per

foration du diaphragme, dont l'observation 17 offre un exemple.

Quelle que soit l'importance respective des différens signes que nous venons de passer en revue, n'oublions pas que la plupart de ces phénomènes peuvent être aussi produits quelquefois par l'inflammation d'un ou plusieurs des nombreux organes qui sont logés dans la partie supérieure de l'abdomen; notre seul but a été d'établir qu'ils peuvent souvent dépendre d'une pleurésie diaphragmatique. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que cette espèce de pleurésie peut exister sans être annoncée par aucun symptôme caractéristique, de même qu'il existe des arachnitis sans délire, des pneumonies sans dyspnée, des péritonites sans douleur.

§. II. *Pleurésies interlobaires.*

XXIIIe OBSERVATION.

Un serrurier, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 16 février 1822. Il nous raconta que depuis quatre à cinq mois il toussait, qu'il avait la respiration courte. Jamais il n'avait craché de sang. Lorsqu'il fut soumis à notre examen, il était déjà dans le marasme. La toux était rare, l'expectoration catarrhale, les mouvemens inspiratoires courts et rapprochés; le malade n'avait jamais ressenti aucune douleur thorachique. La poitrine percutée résonnait bien partout; l'auscultation faisait entendre dans tous les points le bruit d'expansion pul-

monaire fort et net; il y avait habituellement un peu de fièvre, marquée par la fréquence du pouls, et un peu de chaleur à la peau, sans qu'il y eût jamais de sueur. Les fonctions digestives étaient à-peu-près intactes. Nous regardâmes cet individu comme atteint de bronchite chronique et peut-être de tubercules pulmonaires encore crus, avec tissu pulmonaire sain autour d'eux.

Les jours suivans, on entendit en différens points différentes variétés du râle bronchique (sibilant ou muqueux, se confondant souvent avec le crépitant). D'ailleurs, même état.

Cependant les forces du malade diminuèrent progressivement; le marasme augmenta; l'appétit se perdit, une abondante diarrhée s'établit, et le malade succomba un mois environ après son entrée à l'hôpital. Jusqu'au dernier moment, les signes fournis par la percussion et l'auscultation restèrent les mêmes.

Ouverture du cadavre.

Le poumon gauche étant mis à découvert ne présenta d'abord rien de notable. Des adhérences unissaient les deux lobes, et semblaient avoir fait disparaître la scissure interlobaire; mais celle-ci n'avait cessé réellement d'exister que dans l'étendue de quelques lignes, et à peine eut-on rompu les adhérences qui existaient dans ce court espace, qu'on découvrit le reste de la scissure considérablement agrandi et occupé par un liquide purulent en quantité suffisante pour remplir un verre ordinaire; ce liquide était renfermé dans une poche dont les parois, formées en haut et en bas par le tissu pulmo-

naire, étaient complétées par de fausses membranes épaisses qui s'étendaient d'un lobe à l'autre; le reste de la plèvre de ce côté était exempt de toute trace d'inflammation. Le parenchyme pulmonaire contenait une douzaine de tubercules presque miliaires; il était d'ailleurs sain. Le poumon et la plèvre du côté opposé n'offrirent rien de remarquable. Les bronches des deux poumons étaient très-rouges. La muqueuse gastrique, dans sa moitié splénique, était rougeâtre, très-mince, et d'une mollesse telle, qu'on la réduisait en pulpe par le plus léger grattage. La membrane muqueuse de la fin de l'intestin grêle, du cœcum et d'une partie du colon, était vivement injectée et ulcérée en quelques points.

Cet exemple suffit pour prouver combien est obscur le diagnostic des pleurésies interlobaires. Il est évident que ce diagnostic était ici impossible à établir. — La gravité des symptômes ne semble point en rapport dans ce cas avec le peu d'étendue de l'épanchement pleurétique. La bronchite chronique contribua peut-être, autant que cet épanchement, à produire le marasme, à entretenir la fièvre et à gêner la respiration. La mort fut hâtée par la phlegmasie gastro-intestinale.

Les anciens auteurs paraissent avoir décrit plus d'une fois, sous le nom d'abcès du poumon, des épanchemens interlobaires semblables à celui que nous venons de décrire.

---

§. III. *Inflammation de la plèvre médiane, ou médiastin.*

XXIVe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt-neuf ans, entra à la Charité dans les derniers jours du mois de décembre 1821; il était alors atteint d'une phlegmasie légère et récente de la muqueuse des bronches et des insestins. (*Sangsues à l'anus, tisanes adoucissantes. diète.*) Au bout de trois jours, l'inflammation gastro-intestinale avait presque entièrement disparu; mais la toux était plus forte, la fièvre plus intense, et le malade accusait une vive douleur entre le téton gauche et le sternum; la toux et les mouvemens inspiratoires l'augmentaient. Vingt sangsues furent appliquées sur l'endroit douloureux. Le lendemain 30 décembre, la douleur avait changé de place; elle se faisait sentir au-dessous de la clavicule droite. On la regarda comme rhumatismale; une saignée de huit onces fut pratiquée. — Le 31 décembre, la douleur était revenue à son siége primitif. La face, grippée, exprimait l'anxiété la plus vive; le pouls était dur, très-fréquent. On redouta l'existence d'une péricardite. (*Saignée de douze onces, trente sangsues à la région précordiale.*) Le sang présenta un petit caillot nageant au milieu de beaucoup de sérosité, recouvert d'une couenne à bords relevés. — Cependant le 1er. janvier aucun amendement n'avait eu lieu. La respiration était courte, précipitée, la douleur aussi vive, le pouls aussi fréquent et serré, la face pâle

et gripée. Le décubitus avait lieu sur le dos. La douleur rendait la percussion impossible; l'auscultation faisait entendre le bruit respiratoire et les battemens du cœur comme à l'ordinaire. M. Lerminier prescrivit une troisième saignée de huit onces ; elle fut couenneuse comme la précédente.

Le 2 janvier, douleur moins vive, respiration plus libre, pouls moins fréquent. — Le 3 et le 4, même état. (*Tisane de violette gommée, diète.*) Le 5 (huitième jour à dater de l'apparition de la douleur), la percussion, devenue praticable, fit reconnaître un son mat entre le sein gauche et le sternum, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt en hauteur. Dans cette même partie on entendait d'une manière faible, comme confuse, les battemens du cœur; le bruit respiratoire y était nul. D'ailleurs persistance de la fréquence du pouls et du décubitus sur le dos. Peu de dyspnée, pas de trouble notable des fonctions digestives. On regarda comme probable qu'un épanchement de pus se formait dans le péricarde. (*Vésicatoire à la région précordiale.*)

Du 5 au 10 janvier (treizième jour), l'état du malade ne subit aucun changement remarquable; le vésicatoire de la poitrine fut remplacé par deux vésicatoires aux cuisses. — Le 11 (quatorzième jour), le son était très-mat dans toute l'étendue à-peu-près de la région précordiale; les battemens du cœur s'entendaient à peine; il n'y avait d'ailleurs ni égophonie, ni aucune résonnance particulière de la voix.

Du quinzième au vingtième jour, le son devint mat dans une plus grande étendue; *cette matité était surtout remarquable à la partie inférieure du sternum*, où la

sonoréité est ordinairement si grande. Cependant le malade dépérissait de jour en jour; il succomba sans agonie le vingt-quatrième jour.

Ouverture du cadavre.

Immédiatement derrière le sternum, les cartilages des huit à neuf dernières côtes gauches, et derrière la terminaison antérieure de ces côtes elles-mêmes, existait une vaste cavité remplie par un pus épais, comme grumeleux. On crut d'abord que cette cavité appartenait au péricarde; mais bientôt on s'assura que le péricarde existait intact derrière cette poche accidentelle, et que cette cavité s'était formée toute entière aux dépens de la plèvre qui, de la surface interne du poumon, se porte derrière le sternum pour se joindre à celle du côté opposé et constituer ainsi le médiastin. Des fausses membranes épaisses, parsemées de nombreux tubercules, circonscrivaient de toutes parts ce foyer purulent; des brides albumineuses, dont quelques-unes étaient déjà assez solides, le traversaient en divers sens, et le divisaient en plusieurs loges. En dehors, cette cavité s'était aggrandie aux dépens du poumon, qui avait été refoulé vers les côtes.—Le poumon, d'ailleurs, fut trouvé sain, ainsi que le reste de la plèvre de ce côté. A droite, le lobe supérieur du poumon contenait quelques tubercules dont quelques-uns commençaient à se ramollir. — Etat sain du cœur et du péricarde.

Dans l'abdomen, on trouva des lésions qu'aucun symptôme n'avait annoncées pendant la vie. Des tubercules, dont quelques-uns déjà ramollis, existaient en grande

quantité dans le foie, et en moindre nombre dans la rate, dans l'un des reins et sous la muqueuse intestinale. Cette dernière membrane était généralement blanche. L'encéphale et ses dépendances ne présentèrent rien de remarquable.

L'ensemble des symptômes ne semblait-il pas indiquer chez ce malade l'existence d'un épanchement dans le péricarde, suite de l'inflammation aiguë de ce sac membraneux? Il n'en était rien cependant ; le malade n'avait eu qu'une pleurésie partielle, et le foyer purulent n'existait que dans la plèvre. L'auscultation ne fournit ici aucun signe propre à éviter l'erreur, qui ne fut, d'ailleurs, d'aucune importance pour le traitement ; à aucune époque on n'entendit l'égophonie.

Nous avons vu deux autres exemples d'un épanchement pleurétique, situé, comme le précédent, entre la surface interne du poumon et le médiastin. Tous deux existaient à droite, et leur étendue était moins considérable. Tous deux compliquaient une péritonite chronique. Ils n'avaient donné lieu pendant la vie à aucun symptôme particulier ; ils n'avaient point notablement accéléré la respiration, et leur existence ne fut reconnue qu'après la mort.

Chez le malade dont il s'agit ici, il n'y eut pas non plus beaucoup de dyspnée, si ce n'est au début, lorsque l'intensité de la douleur s'opposait au mouvement des parois thorachiques : ce n'est donc point à la gène de la respiration que succomba ce malade; la mort fut chez lui le résultat et de la sécrétion purulente dont une portion de la plèvre était le siége, et du développement

simultané des tubercules dans les poumons, le foie, la rate, les reins et le canal intestinal. On a vu, d'ailleurs, combien fut obscur ce travail général de tuberculisation qui avait lieu aussi dans les fausses membranes de la plèvre : aucun symptôme spécial ne l'avait révélé dans les nombreux organes qui en étaient le siége, et cependant la nutrition était déjà assez profondément altérée pour que la mort en fût l'inévitable résultat. Tous les médecins ont eu occasion d'observer des cas dans lesquels le dépérissement des malades ne permet pas de révoquer en doute l'existence d'une lésion organique, bien qu'il soit impossible d'en déterminer le siége : c'est le cas des fièvres hectiques essentielles, dont on ne voit plus d'exemples depuis qu'on ouvre avec plus de soin les cadavres.

Cette observation peut encore servir à prouver combien est quelquefois inutile le traitement antiphlogistique le plus actif, bien qu'il soit employé dès le début de la maladie et dans les circonstances les plus favorables. Ici, en effet, la pleurésie fut combattue dès son origine par des émissions sanguines, pratiquées d'autant plus hardiment que l'on croyait à l'existence d'une péricardite. Opposez à ce cas ceux où une légère saignée enlève, comme par enchantement, une pleurésie commençante. Pourquoi, lorsque toutes les circonstances restent les mêmes, le remède si efficace chez l'un est-il nul chez l'autre? Répétons avec Baglivi : *De morbis pulmonum, etiamsi peritus in arte sis, vel censearis, noli cum jactantiâ de illis disserere, vel facilem promittere curationem.*

XXVe OBSERVATION.

Épanchement pleurétique circonscrit ouvert dans une bronche.

Un carrier, âgé de trente-sept ans, entra à la Charité le 14 juin 1822. Il présentait alors tous les symptômes de la phthisie pulmonaire au dernier degré. Le 27 août, l'expectoration, semblable jusqu'alors à celle de tous les phthisiques, changea brusquement de caractère : au milieu de la nuit, le malade s'éveilla en sursaut, et expectora, au milieu d'une violente quinte de toux, une grande quantité de liquide purulent, d'un blanc mat, inodore, semblable au pus qui s'écoule d'un abcès. Ce liquide venait-il d'une excavation tuberculeuse ouverte tout-à-coup dans une bronche? Nous ne le pensâmes pas; car on n'y voyait point ces petits grumeaux caractéristiques, débris de la matière tuberculeuse, et que l'on trouve constamment mêlés au liquide qui remplit les cavernes. Était-ce un épanchement pleurétique qui s'était fait jour à travers les bronches? mais jusqu'alors aucun symptôme n'avait annoncé qu'une collection de pus existât dans la plèvre. Cependant la même expectoration continua à avoir lieu jusqu'au commencement du mois de juillet : alors le pus devint grisâtre et très fétide; le malade s'affaissa rapidement, et succomba le 8 juillet.

Ouverture du cadavre.

Les deux poumons étaient remplis de vastes excavations tuberculeuses. En ouvrant la bronche principale du poumon droit, on trouva sur son côté postérieur une perforation à bords irréguliers, pouvant admettre un petit pois : un stylet introduit par cette ouverture pénétra dans une cavité pleine de pus qui existait immédiatement derrière la bronche; cette cavité était assez ample pour admettre une grosse orange; les fausses membranes qui formaient ses parois étaient en rapport en dehors avec le poumon qui était refoulé, en dedans avec la colonne vertébrale, en arrière avec les côtes, en avant avec les vaisseaux qui entrent dans le poumon ou qui en sortent; c'était évidemment un épanchement pleurétique exactement circonscrit, dont le médiastin postérieur formait la paroi interne. Rougeur avec ramollissement et amincissement de la muqueuse gastrique; ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle.

L'ouverture du cadavre révéla ici la véritable source de l'expectoration purulente, insolite, qu'avait présentée le malade. La couleur grisâtre du liquide expectoré, et sa fétidité dans les derniers temps, furent probablement le résultat de l'entrée de l'air dans la cavité où il était sécrété. Ici, d'ailleurs, en raison de son siége, le diagnostic de l'épanchement devait être encore plus obscur que dans le cas précédent.

---

§. IV. *Inflammation partielle de la plèvre costo-pulmonaire.*

XXVIe OBSERVATION.

Épanchement pleurétique partiel avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses ; mélanose pulmonaire.

Un menuisier, âgé de soixante-huit ans, éprouve une gêne habituelle dans la respiration depuis cinq à six mois ; il est essoufflé dès qu'il marche. Cet état est survenu peu à peu, sans qu'aucune maladie aiguë l'ait précédé. Le malade n'a jamais ressenti aucune douleur thorachique. Entré à la Charité le 12 janvier 1822, il est faible, pâle et très-maigre ; la respiration est courte, accélérée, la parole entrecoupée, haletante ; le décubitus horizontal est impossible. La poitrine percutée ne résonne que médiocrement à droite depuis la clavicule jusqu'au sein ; dans ce même espace le bruit respiratoire est net, mais faible. A gauche, le son est très-mat dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que latéralement et en avant, dans l'espace compris entre la clavicule et le sein ; en se rapprochant du sternum à cette même hauteur, la matité diminue. Le bruit respiratoire est nul là où le son est très-mat ; on l'entend faiblement, mais sans râle, près du sternum. Dans toute cette étendue, la voix présente une résonnance qu'elle n'a point ailleurs : on n'entend pas toutefois le véritable chevrotement qui constitue l'égophonie. Dans les autres points du thorax, c'est-à-

dire dans l'étendue des deux lobes inférieurs, le son est clair, et le bruit d'expansion pulmonaire très-intense. La toux est rare, l'expectoration peu abondante, catarrhale; le pouls fréquent et régulier, la peau sans chaleur fébrile, les fonctions digestives intactes. (*Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*)

Le lendemain 13, signes d'inflammation gastro-intestinale, langue rouge et sèche, soif vive, ventre balloné et douloureux, diarrhée, pouls plus fréquent et peau chaude. (*Vingt sangsues à l'anus.*)

14. Léger délire, langue moins rouge et humide, grande dyspnée. Même état d'ailleurs. — (*Vingt sangsues au cou, deux vésicatoires aux jambes, tisanes et lavemens émolliens.*) — 15, même état. (*Douze sangsues au cou.*)

16. Amélioration sous le rapport de l'état des voies digestives et du cerveau; persistance de la dyspnée. (*Tisane d'orge, deux sinapismes aux jambes.*)

17 et 18, alternatives de délire et de bon sens, langue sèche, prostration de plus en plus grande. (*Nouvelle application de sangsues au cou et à l'anus.*)

Les trois jours suivans, dépérissement rapide, gêne toujours croissante de la respiration; mêmes renseignemens par l'auscultation et la percussion.

Dans la matinée du 22, le malade paraît insensible à toutes les impressions extérieures; l'œil est éteint, la bouche reste entr'ouverte, la respiration est râlante, la vie animale est anéantie. Au milieu de cet état d'agonie, le pouls, très-petit, est régulier et sans fréquence. — Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre.

État de marasme, léger œdème de la face dorsale de la main gauche.

Le côté gauche du thorax, depuis la première côte jusqu'à la cinquième ou sixième, est occupé par un liquide limpide et incolore, qui a refoulé vers le médiastin le lobe supérieur du poumon de ce côté. La cavité qui contient ce liquide, est limitée en bas par des fausses membranes qui s'étendent des côtes au poumon, et forment comme une cloison qui sépare en deux parties ou étages la cavité de la plèvre gauche. Le poumon est tapissé par des pseudo-membranes d'une épaisseur et d'une consistance remarquables. Leur aspect présente assez d'analogie avec celui des cartilages inter-articulaires; en plusieurs points elles offrent des petits noyaux de substance osseuse. Le lobe inférieur du poumon gauche est sain et libre d'adhérences. — Le lobe supérieur du poumon droit présente un grand nombre de petites masses d'un blanc mat, ayant la consistance de la craie imbibée d'eau, et d'une dureté pierreuse en quelques points. Autour de ces dépôts de phosphate calcaire, la substance pulmonaire était noire comme du charbon, très-dure, très-difficilement déchirable; ailleurs, le tissu pulmonaire grisâtre, engoué d'une grande quantité de sérosité spumeuse et incolore, était encore perméable à l'air. Les parties mélanosées occupaient au moins les deux tiers de ce lobe. Les deux autres lobes du poumon droit étaient sains.

L'estomac était médiocrement distendu par des gaz et par des liquides; sa face interne, généralement blanche,

présentait à la partie moyenne de la grande courbure une petite ulcération pouvant admettre à peine une pièce de dix sous. Les bords de cette ulcération étaient formés par la muqueuse blanche et un peu ramollie, et le fond par le tissu lamineux également blanc et non épaissi. Plus près du grand cul-de-sac existait une petite tumeur arrondie, du volume d'un gros pois, couverte par la muqueuse conservée intacte au-dessus d'elle ; elle était développée dans le tissu sous-muqueux, et offrait tous les caractères de la matière tuberculeuse à l'état de crudité. Dans le reste de son étendue, la muqueuse gastrique était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires. — Le canal intestinal était généralement pâle, excepté dans l'espace d'un pied environ au-dessus du cœcum, où existait une légère injection. – Le foie, peu volumineux, était facilement déchirable, et graissait un peu le scalpel. — La moindre pression réduisait le tissu de la rate en une pulpe d'un rouge pâle.

Une quantité notable de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Il y en avait aussi en assez grande abondance dans les ventricules latéraux, à la base du cerveau et dans le canal rachidien. — La substance cérébrale était de consistance ordinaire non injectée.

Le siége de l'épanchement, son exacte circonscription, rendent bien raison des signes qui furent fournis par l'auscultation et la percussion. L'existence du son mat, et l'absence du bruit respiratoire dans le lobe supérieur, devaient plutôt porter à soupçonner une hépatisation pulmonaire qu'un épanchement dans la plèvre.

Dans toute l'étendue de cet épanchement, la voix présentait une plus grande résonnance qu'ailleurs; or ce phénomène se retrouve également dans le cas d'hépatisation. Enfin la douleur qui signale ordinairement le début des pleurésies, manqua totalement dans ce cas.

Il est important de remarquer, non-seulement comme un fait d'anatomie pathologique, mais encore comme une circonstance qui peut modifier le traitement, la nature des pseudo-membranes qui tapissaient le poumon. Elles formaient comme un véritable plastron qui, maintenant le poumon fixé dans l'étroit espace où l'épanchement l'avait refoulé, ne lui auraient pas permis de se dilater et de revenir à son volume primitif, si le liquide contenu dans la plèvre avait été ou résorbé, ou évacué à travers les parois thorachiques. Dans quelques cas semblables, nous avons essayé sur le cadavre d'insuffler le poumon, après avoir préliminairement donné issue au liquide épanché; tous nos efforts ont été infructueux. C'est là une des circonstances qui peuvent quelquefois empêcher le succès de l'opération de l'empyème; c'est vraisemblablement aussi dans des cas de ce genre, qu'après la résorption graduelle de l'épanchement, les poumons ne pouvant se rapprocher des parois thorachiques, celles-ci se sont affaissées pour se rapprocher du poumon.

Nous ferons encore remarquer les qualités du liquide épanché. Il était limpide, incolore, semblable en un mot à la sérosité d'une hydropisie essentielle; cependant l'existence des pseudo-membranes ne permettait pas de douter qu'il n'y eût eu dans ce cas un travail inflammatoire dont l'épanchement était le résultat. Il n'est pas

non plus très-rare de trouver un liquide d'une aussi parfaite limpidité, soit dans l'arachnoïde, soit dans le péritoine, à la suite de phlegmasies évidentes. Ce n'est donc pas toujours d'après les seuls caractères de l'épanchement qu'il faut juger de la nature de la maladie.

Nous n'insisterons point ici sur la lésion grave dont le poumon droit était le siége; elle explique la diminution de la sonoréité et l'absence du bruit respiratoire qui furent constatées du côté droit. La respiration n'avait plus lieu véritablement, chez ce malade, que dans le lobe inférieur de chaque poumon.

On doit noter aussi chez cet individu les symptômes assez graves d'irritation, soit encéphalique, soit intestinale, qui compliquèrent l'affection principale, et contribuèrent beaucoup à accélérer la mort. Sous le rapport de cette complication, il faut rapprocher cette observation de celles qui seront consignées dans l'article V.

XXVIIe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique partiel résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente.

Un domestique, âgé de vingt-six ans, récemment traité à la Charité d'une diarrhée chronique, fut pris, quelque temps après sa sortie, d'une vive douleur un peu au-dessous du sein droit : en même temps, toux sèche, dyspnée; persistance de ces symptômes les quatre ou cinq jours suivans, puis entrée à la Charité dans le cours du mois de novembre 1822.

La poitrine percutée rendait un son très mat à droite

latéralement, dans l'espace occupé en hauteur par les troisième, quatrième et cinquième vraies côtes, et borné en avant par le mamelon, en arrière par le bord axillaire de l'omoplate. Plus bas, le son redevenait clair dans un assez court espace, puis il présentait de nouveau une matité, due à la présence du foie. Dans le premier espace, la respiration était nulle, et la voix offrait un chevrotement très-marqué : partout ailleurs le bruit respiratoire était net et fort, et la poitrine résonnait d'autant mieux que le malade était assez maigre. La douleur ne se faisait plus que très-faiblement sentir; la toux était rare, l'expectoration catarrhale, la respiration courte; le décubitus avait lieu sur le dos; le pouls était fréquent, la peau chaude. L'existence d'un épanchement pleurétique circonscrit ne parut point douteuse. (*Saignée de seize onces.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Le lendemain, vingt-quatre sangsues furent appliquées sur le côté.

A la suite de cette double émission de sang, la peau perdit sa chaleur et la fréquence du pouls diminua; la douleur de côté disparut complètement; mais les symptômes locaux n'offrirent aucun changement. Le côté malade fut couvert d'un large vésicatoire : peu de jours après son application, le pouls perdit sa fréquence. Le vésicatoire rendait la percussion impossible; mais l'auscultation n'annonçait aucune diminution dans l'épanchement. Le malade offrit cet état stationnaire pendant une quinzaine de jours. Alors une fièvre intermittente survint : frisson chaque jour depuis dix heures du matin jusqu'à midi; chaleur jusqu'au soir; sueur pendant la nuit. Le malade eut ainsi sept accès, qu'on ne chercha

point à déranger, et qui diminuèrent progressivement d'intensité. Après le troisième accès, l'épanchement avait diminué : le son était sensiblement moins mat, et le bruit respiratoire commençait à s'entendre faiblement. Après le septième accès, la matité avait complètement disparu, le bruit respiratoire s'entendait partout avec une égale intensité; il n'y avait plus de trace d'égophonie. D'ailleurs, respiration libre, apyrexie; état général excellent. Le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

Cet épanchement partiel fut annoncé par le même ensemble de symptômes locaux que celui dont il est question dans la vingt-sixième observation.

Ici, comme dans plusieurs des observations précédentes, et nous ne saurions trop insister sur ce fait, les émissions sanguines modérèrent la fièvre, enlevèrent la douleur, l'oppression, sans diminuer l'épanchement : mais elles n'en favorisaient pas moins la résorption ultérieure, en calmant le stimulus inflammatoire, en plaçant l'individu dans les conditions les plus favorables pour que cette résorption ait lieu.

Enfin, nous noterons, comme un fait assez remarquable, la coïncidence de la fièvre d'accès, d'abord avec la diminution de l'épanchement, puis avec son entière résorption. Ce fait est d'autant plus curieux, qu'avant l'apparition de la fièvre intermittente l'épanchement était resté long-temps stationnaire, et qu'un vésicatoire avait été vainement appliqué.

XXVIIIe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique partiel communiquant avec une cavité ulcéreuse du poumon.

Un ancien marin, âgé de trente-six ans, cheveux noirs, peau brune, a été sujet toute sa vie à contracter des rhumes. Depuis quatre mois il éprouve une faiblesse inaccoutumée; il est tourmenté de temps en temps, surtout le soir et le matin, par de petits frissons suivis de chaleur et d'une sueur abondante; il a de l'oppression, il tousse et crache beaucoup. Il a gardé la chambre sans faire aucun remède. Depuis quelques jours il crache du sang. Entré à la Charité dans le courant du mois de juin 1819, le malade présente l'état suivant :

Face très-pâle, œil abattu, grande faiblesse, décubitus sur le dos, dyspnée, toux fréquente; expectoration facile, ayant lieu au moindre effort de toux, très-abondante, formée par une sorte de détritus d'un gris sale, rouge en quelques points, s'écoulant en nappe, exhalant une fétidité qui rappelle l'odeur de la gangrène. Son mat à la partie inférieure latérale droite de la poitrine; râle muqueux dans une grande partie de ce même côté; pouls très-fréquent, peau chaude; selles ordinaires.

Les jours suivans, dépérissement rapide; fièvre hectique. L'haleine exhalait une odeur semblable à celle des crachats; ceux-ci devenaient de plus en plus fétides. Le vingt-cinquième jour de l'entrée du malade, ils changèrent d'aspect : ils n'étaient plus formés que par un sang brunâtre et fétide. Continuation de l'hémoptysie pendant douze jours; au bout de ce temps, les crachats

reprennent leur premier aspect; ils sont toujours aussi abondans. L'oppression est très-grande, la faiblesse extrême; le pouls, toujours très-fréquent, peut à peine être senti; la peau est brûlante; les traits de la face sont profondément altérés. Le lendemain, sueur générale et visqueuse, pouls filiforme, haleine plus fétide que jamais; râle trachéal. Mort dans la journée.

Ouverture du cadavre.

Marasme peu avancé, cadavre très-fétide.

La face externe du poumon droit est libre d'adhérences dans ses trois quarts supérieurs; son quart inférieur est fortement fixé aux côtes correspondantes. Les fausses membranes qui unissent en cet endroit les plèvres costale et pulmonaire étant incisées, l'on parvient dans une cavité assez large pour contenir une très-grosse pomme. La paroi supérieure de cette cavité est formée par ces fausses membranes, l'inférieure par la plèvre diaphragmatique. Sa paroi externe répond aux côtes; sa paroi interne est formée par le poumon lui-même. Cette poche, qui existe évidemment dans la plèvre, est remplie par un liquide grisâtre, analogue, par son aspect et son odeur, au liquide que le malade avait expectoré pendant les derniers jours de sa vie. La paroi interne de cette poche offre en bas une ouverture irrégulièrement arrondie, assez grande pour recevoir l'extrémité du petit doigt : en insufflant par la trachée, on voit des bulles d'air s'échapper en grande quantité à travers cette ouverture; porté dans celle-ci, le scalpel pénètre dans une vaste excavation, ou plutôt dans une foule de petites cavités communiquant toutes ensemble, et traversées

dans tous les sens par une multitude de brides, dont les unes sont formées par des débris du parenchyme pulmonaire, et les autres par des vaisseaux. Les parois de ces cavernes anfractueuses sont formées par le tissu même du poumon : aucune fausse membrane ne les tapisse; elles sont d'un rouge livide. De toute l'étendue de l'ulcère s'exhale une odeur d'une fétidité gangréneuse insupportable.

Le poumon gauche offre çà et là quelques tubercules ramollis. Les grosses bronches de ce poumon sont remplies d'un liquide grisâtre, qui vraisemblablement a reflué des bronches du poumon droit. — Tous les autres viscères sont sains.

Nous voyons encore ici un exemple d'épanchement pleurétique, résultat de la communication d'une cavité ulcéreuse du poumon avec la plèvre. L'observation 14 nous a déjà offert un cas semblable. Elle diffère toutefois de l'observation actuelle, en ce qu'ici la pleurésie a été chronique, qu'aucune douleur ne paraît l'avoir annoncée, et que l'épanchement était partiel.

ARTICLE IV.

PLEURÉSIES DOUBLES AVEC OU SANS ÉPANCHEMENT.

L'inflammation simultanée des deux plèvres est toujours une maladie fort grave. Elle est d'autant plus dangereuse qu'elle peut être facilement méconnue. En effet,

comme l'a déjà fort bien remarqué M. Broussais, son début n'est que dans le plus petit nombre des cas, marqué par la douleur pongitive, circonscrite, caractéristique, qui annonce ordinairement l'invasion de la pleurésie. Elle peut produire très-rapidement la mort, avant qu'aucun épanchement n'ait eu lieu, par le seul fait de son étendue, et par la dyspnée extrême qu'elle occasione. Lorsque l'épanchement survient des deux côtés en même temps, l'égale diminution de la sonoréité à droite et à gauche empêche de reconnaître, par la percussion, l'existence de la double collection. Dans ce cas, au contraire, l'auscultation fournit de précieux renseignemens. On conçoit d'ailleurs combien le danger doit être grand, pour peu que l'épanchement pleurétique soit considérable. S'il se fait rapidement, il est infailliblement mortel dans un très-court espace de temps; s'il ne se fait que plus lentement, ou successivement d'abord dans un côté, puis dans l'autre, le cas n'est pas aussi grave, et la guérison peut avoir lieu. Si dans ce cas la maladie se termine par la mort, cette terminaison peut être prompte comme dans le cas précédent; mais la maladie peut aussi affecter une marche chronique, et ne se terminer par la mort qu'au bout d'un temps très-long. La mort semble surtout alors survenir, parce que les deux poumons, plus ou moins fortement comprimés, cessent de pouvoir admettre la quantité d'air suffisante pour qu'une bonne hématose ait lieu; d'où résultent le marasme et la détérioration progressive de toutes les fonctions. Donnons des exemples de ces différens cas.

XXIX[e] OBSERVATION.

Pleurésie double sans épanchement.

Un tailleur, âgé de trente-neuf ans, présentait tous les symptômes d'un anévrysme du cœur lorsqu'il entra à la Charité dans le cours du mois d'octobre 1822. Les jambes seules étaient infiltrées. Les poumons et leurs dépendances paraissaient sains; une toux fréquente et ancienne, avec expectoration de mucosités opaques, annonçait seulement une inflammation chronique de la muqueuse bronchique. La respiration, très-gênée à l'époque de l'entrée du malade, devint plus libre au bout de quelques jours, et l'œdème des extrémités inférieures disparut. Le 3 novembre, sans cause connue, la respiration s'accéléra tout-à-coup. Le 4, il offrit l'état suivant : La face, pâle, grippée, exprimait l'anxiété la plus vive; les muscles de la face offraient de temps en temps de légers mouvemens convulsifs. Le malade, à demi assis dans son lit, n'exécutait que des mouvemens inspiratoires très-courts et très-rapprochés; il pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante. Il n'accusait, à proprement parler, aucune douleur; mais tout le thorax était le siége d'une sensation fort pénible, qu'il comparait tantôt à un poids qui l'étouffait, tantôt à une forte constriction qu'on aurait exercée sur les parois thorachiques, et qui se serait opposée à leur dilatation. Le bruit respiratoire s'entendait partout très-net, mais faible; partout aussi la poitrine résonnait bien. Les battemens du cœur ne présentaient rien de nouveau. La

toux était rare; l'expectoration n'avait pas changé de caractère; le pouls battait plus de cent trente fois par minute; la peau était brûlante et sèche, la langue blanchâtre, le ventre indolent, les selles ordinaires. — Quelle était la cause de cette extrême dyspnée, qui s'était manifestée tout-à-coup avec altération profonde des traits, vive anxiété, pouls extraordinairement fréquent, etc.? Cette cause résidait-elle dans une exaspération momentanée de la maladie du cœur, dans une péricardite, dans une pleurésie diaphragmatique? On ne put faire à cet égard que des conjectures plus ou moins probables. Ici, d'ailleurs, quelle que fût la cause des symptômes, l'indication à remplir n'était pas douteuse. (*On prescrivit une saignée de douze onces, et l'application de quinze sangsues sur chaque côté du thorax, des pédiluves sinapisés, des boissons émollientes.*) Le sang, tiré de la veine, présenta un caillot dense, couvert d'une couenne à bords relevés, entouré de beaucoup de sérosité. Après la saignée, la dyspnée fut moindre pendant quelque temps; mais bientôt elle reparut comme auparavant. — Le soir et la nuit le malade délira.

Dans la matinée du 5 novembre, le trouble de l'intelligence persistait. Les mouvemens inspiratoires, extrêmement courts et très-rapprochés, s'exécutaient surtout par de petites contractions du diaphragme, brusques, saccadées, comme convulsives. D'ailleurs, mêmes symptômes. (*Vésicatoires aux jambes.*) Peu de temps après la visite, le malade fut pris d'un violent hoquet; la respiration, de plus en plus courte et gênée, s'arrêta enfin, et la mort eut lieu dans la soirée.

Ouverture du cadavre.

Les deux plèvres, dans toute leur étendue, présentaient une vive injection, qui les faisait paraître sillonnées par des myriades de vaisseaux infiniment déliés qui s'entrecroisaient en tous sens. En quelques endroits elles étaient couvertes par de petites concrétions albumineuses, tantôt étendues en pseudo-membranes, tantôt déposées par points isolés sous forme de granulations miliaires. Il y avait en outre dans la plèvre droite un épanchement d'une once environ de sérosité verdâtre, légèrement trouble. Le parenchyme des deux poumons était très-sain, médiocrement engoué. Le cœur présentait une hypertrophie des parois des deux ventricules avec dilatation de leur cavité. L'aorte était remarquable par son extrême étroitesse. Les organes du crâne et de l'abdomen parurent être dans l'état sain.

La double pleurésie fut évidemment, dans ce cas, la cause de cet ensemble de symptômes effrayans dont on ne s'était pas rendu pendant la vie un compte bien positif. Ce qu'il y a surtout ici de remarquable, c'est l'absence d'une véritable douleur, malgré l'étendue et l'intensité de l'inflammation; c'est la grande dyspnée, malgré la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires; c'est enfin la rapidité de la mort, bien qu'aucun organe important à la vie ne fût lésé. C'est ainsi que succombent souvent dans vingt-quatre heures les individus frappés de péritonite. Une inflammation aussi vaste et aussi aiguë ne pouvait exister sans irriter sympathiquement le système nerveux; de là les mouvemens convul-

sifs de la face, de là le délire. On remarquera le mode particulier de respiration, les contractions comme convulsives du diaphragme, et enfin le hoquet, qui se manifestèrent dans les derniers temps.

Cet exemple suffit, je crois, pour démontrer toute l'obscurité du diagnostic dans les pleurésies doubles, et tout le danger qu'elles entraînent, même avant qu'il n'y ait épanchement.

XXXe. OBSERVATION.

Epanchement pleurétique double coïncidant avec la disparition de douleurs rhumatismales. Guérison rapide.

Un homme, âgé de quarante ans, fortement constitué, entra à la Charité le 26 octobre 1822. Il était alors atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. Gonflement et rougeur des poignets, des genoux, et du pourtour des malléoles. Fièvre intense; pas de lésion apparente des autres fonctions. Après avoir été plusieurs fois saigné, ce malade fut pris tout-à-coup d'une grande oppression, et en même temps les douleurs rhumatismales diminuèrent. Le décubitus horizontal devint impossible; les traits de la face exprimaient l'anxiété la plus vive. La poitrine percutée rendait un son mat en arrière des deux côtés; dans cette même étendue la voix était chevrotante, et le bruit respiratoire présentait la modification qui constitue ce que nous avons appelé la *respiration bronchique*. Le malade n'avait ressenti aucune douleur dans les parois thorachiques. (*Trente sangsues sur chaque côté du thorax.*)

Le lendemain, 28, oppression moindre; pouls très-

fréquent. Mêmes renseignemens par l'auscultation et la percussion. (*Vingt sangsues à l'anus, deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 29, troisième jour à dater de l'apparition de la dyspnée, le son était moins mat à droite, et de ce côté la respiration bronchique avait été remplacée par un bruit très-faible d'expansion pulmonaire; l'égophonie persistait. A gauche aucun changement n'avait eu lieu. La respiration était beaucoup plus libre, la toux rare, le pouls moins fréquent.

Pendant les quatre jours suivans, le son mat, la respiration bronchique et l'égophonie disparurent; on entendit partout le bruit respiratoire naturel. La fièvre cessa, et la guérison fut bientôt complète, sans que les douleurs rhumatismales aient reparu.

Nul doute que ce malade n'ait été atteint d'un double épanchement pleurétique; la nature des symptômes le prouve suffisamment. Du reste, cet épanchement se forma des deux côtés à-la-fois, sans qu'aucune douleur l'annonçât. Il se montra en même temps que disparut l'affection rhumatismale. Sa résorption fut rapide; elle eut lieu d'abord du côté droit. Ce cas prouve qu'un double épanchement pleurétique, quelle que soit la rapidité de sa formation, n'est pas toujours mortel. Il est vraisemblable que les soixante sangsues appliquées dès le début sur la poitrine, modérèrent l'inflammation et favorisèrent la résorption de l'épanchement. Nous trouvons à l'extérieur des exemples d'une résorption aussi prompte due aux antiphlogistiques, dans certains cas d'hydarthroses.

Nous avons déjà vu, dans une des observations de pneumonies (obs. 61), l'apparition de la phlegmasie interne coïncider, comme dans l'observation actuelle, avec la disparition de l'inflammation articulaire. Nous avons cité ailleurs (1) d'autres cas dans lesquels une phlegmasie du péricarde se manifesta, en même temps que cessèrent des douleurs rhumatismales aiguës, qui avaient été vainement combattues par de larges émissions sanguines. Ces espèces de déplacemens de maladies, ces métastases, comme on les appelait autrefois, sont dignes de toute notre attention. Lorsque les Anciens parlaient de goutte remontée dans la poitrine, leur théorie était erronée sans doute ; mais les faits dont ils la déduisaient n'en étaient pas moins quelquefois très-réels.

XXXIe OBSERVATION.

Pneumo-pleurésie avec épanchement double, dont l'invasion coïncide avec la disparition brusque d'un rhumatisme.

Un scieur de long, âgé de cinquante ans, peau brune, muscles très-développés, formes athlétiques, ressentit le 15 septembre, vers quatre heures du soir, une violente céphalalgie qui persista jusqu'au 21. En même temps brisement général des membres, accablement, chaleur forte et continuelle, soif, anorexie; constipation d'abord, puis diarrhée.

A l'époque de l'entrée du malade, 21 septembre, fièvre intense, langue rouge et tendant à se sécher; diarrhée (cinq à six selles en vingt-quatre heures); toux légère (le malade nous dit que depuis plusieurs années

(1) Bulletins de la Société Médicale d'Emulation, 1823.

il avait une toux habituelle, qui d'ailleurs ne l'incommodait nullement). (*Vingt sangsues à l'anus, saignée de douze onces.*) Le sang présenta une couenne épaisse.

Le lendemain, 22, la fièvre était plus modérée, la langue s'était humectée, le dévoiement avait diminué, mais le malade accusait dans le bras droit, et surtout aux diverses articulations de ce membre, des douleurs que le mouvement et la pression augmentaient. Une deuxième saignée fut pratiquée, elle fut couenneuse comme la première. Les douleurs ne diminuèrent pas. Dans la soirée, du frisson se manifesta pour la première fois, et la nuit une sueur abondante eut lieu.

Dans la matinée du 23, à peine la sueur était-elle terminée, que le malade fut pris d'un nouveau frisson, plus intense que celui de la veille. La toux n'avait point augmenté, la respiration ne semblait pas gênée; la langue était humide et blanchâtre; la diarrhée n'existait plus. Les douleurs rhumatismales persistaient. Au frisson succéda bientôt de la chaleur et de la sueur. — Dans la journée, le malade eut encore du frisson à quatre reprises différentes : il ne sua pas. Vers six heures du soir, les douleurs rhumatismales disparurent. A onze heures, il fut pris d'une vive douleur au-dessous de chaque sein; cette douleur fut bientôt remplacée par un sentiment de constriction, semblable à celui que le malade aurait éprouvé, si la poitrine, selon son expression, eût été fortement serrée entre deux étaux. En même temps grande dyspnée; vive anxiété. Le malade passa toute la nuit dans les plus terribles angoisses.

Dans la matinée du 24, la respiration était courte, très-accélérée. Dès que le malade se livrait au moindre

mouvement, il était pris d'une toux sèche et comme convulsive. Le sentiment de constriction de la poitrine persistait. La percussion était peu sonore dans les divers points du thorax; le bruit respiratoire, très-fort sous les deux clavicules, ne s'entendait que d'une manière très-faible en arrière des deux côtés. Nous n'entendîmes aucune trace d'égophonie. Le décubitus avait lieu sur le dos. La langue avait repris un peu de rougeur; pas de selle depuis vingt-quatre heures. (*Saignée de seize onces, vingt sangsues sur chaque côté du thorax, vésicatoires aux jambes dans l'après-midi.*)

Dans la journée, l'oppression devint de plus en plus considérable. Quelques crachats visqueux et légèrement rouillés furent expectorés dans la soirée. La nuit, la suffocation devint imminente, et la mort eut lieu le 25 à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre.

Formes athlétiques; muscles très-fortement développés; très-large poitrine.

Deux litres à-peu-près de pus verdâtre étaient épanchés dans chacune des plèvres. Des fausses membranes de formation récente les tapissaient. Tout-à-fait à la superficie de la surface externe du poumon droit, existaient huit ou dix petits tubercules ramollis. D'autres tubercules semblables étaient disséminés au nombre de cinq à six dans l'intérieur de ce même poumon. Deux des cavités qui résultaient de leur ramollissement auraient pu recevoir une grosse noix. Entre ces tubercules, le parenchyme pulmonaire était sain, si ce n'est en trois ou quatre points isolés, où le tissu du poumon, gorgé

de sérosité sanguinolente et un peu ramolli, présentait le premier degré de pneumonie. Le poumon gauche était très-sain. Le cœur, bien proportionné, contenait du sang noir, ayant la consistance de la gelée de groseille. L'aorte contenait une petite quantité de sang noir liquide ; sa membrane interne avait une couleur rouge uniforme.

La muqueuse gastrique était rouge et ramollie dans toute l'étendue du grand cul-de-sac : des veines, remplies de sang, parcouraient dans cet espace le tissu lamineux subjacent; le reste du tube digestif était sain. Rien de remarquable dans les autres viscères. L'encéphale et ses dépendances parurent être dans leur état physiologique.

Chez ce malade, l'inflammation, avant de frapper les plèvres, attaqua successivement différens organes. Ainsi l'on observa d'abord les symptômes d'une inflammation gastro-intestinale; ils diminuèrent à la suite d'une première saignée; mais en même temps les tissus fibreux et musculaire du bras droit furent atteints de phlegmasie. Enfin, trois jours plus tard, l'affection rhumatismale cessa tout-à-coup, et en même temps, comme par une sorte de métastase analogue à celle que nous avons notée dans l'observation précédente, les symptômes de la double pleurésie se manifestèrent; elle fut surtout annoncée par un double point de côté, une forte dyspnée, une sorte de toux convulsive, un sentiment particulier de constriction de la poitrine dans le sens de son diamètre transversal. Les crachats visqueux et un peu rouillés qui se montrèrent seulement pendant les derniers temps, annoncèrent la propagation de la phlegmasie de la plèvre

au parenchyme même du poumon. Cette dernière phlegmasie n'existait d'ailleurs qu'en quelques points isolés.

Aurait-on pu soupçonner l'existence des tubercules pulmonaires chez un individu aussi fortement constitué, et qui semblait présenter le moins de conditions possibles favorables à leur développement?

XXXIIe OBSERVATION.

Double épanchement formé sans douleur. Disposition particulière de l'épanchement du côté droit.

Un charretier, âgé de soixante ans, entra à la Charité dans le cours du mois de juillet 1822. Depuis quelques mois il ressentait des douleurs à l'union des régions dorsale et lombaire. La colonne vertébrale n'était point déviée; les membres avaient toute leur force; il n'y avait pas de fièvre. Des sangsues furent plusieurs fois appliquées sur le siége de la douleur : celle-ci diminua; mais bientôt les deux membres abdominaux s'affaiblirent et devinrent le siége d'un engourdissement habituel. L'on appliqua aux lombes deux moxas, que l'on convertit ensuite en larges et profonds cautères. Cependant la faiblesse des membres abdominaux augmenta de plus en plus; il n'y avait pas toutefois paralysie complète, et au commencement du mois d'octobre le malade pouvait encore se soutenir sur ses jambes. Il avait habituellement de la fièvre et tombait peu à peu dans la consomption. Mais alors de nouveaux symptômes se manifestèrent : la respiration présenta une gêne inaccoutumée. La poitrine percutée rendit un son mat dans le tiers inférieur du côté gauche; le bruit respiratoire s'y entendait beaucoup

plus faiblement qu'ailleurs, et la voix dans cette même partie présentait une résonnance particulière. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche. Le lendemain, 15 octobre, le bruit respiratoire était devenu nul dans tout ce côté, on n'entendait plus d'égophonie; le son était mat depuis la clavicule et l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. La respiration était courte, accélérée, la toux rare, l'expectoration nulle. Il était évident que la plèvre gauche était le siége d'un épanchement considérable.

Le 16, la dyspnée, l'anxiété générale étaient beaucoup plus grandes que les jours précédens. A gauche, l'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignemens; mais à droite en avant, au niveau et au-dessous du sein, le son était devenu mat; le bruit respiratoire, qui la veille était très-intense dans ce point, s'y entendait à peine, et la voix y était chevrotante d'une manière très-marquée. En arrière de ce même côté on entendait très-bien le bruit d'expansion pulmonaire, sans modification de la voix ni diminution du son.

17 et 18, dyspnée de plus en plus grande, face cadavérique; diarrhée abondante. Mort le 19.

Ouverture du cadavre.

Un liquide trouble, verdâtre, mêlé à une grande quantité de flocons albumineux, existait dans les deux plèvres; mais la disposition de l'épanchement n'était pas la même des deux côtés. A gauche, le liquide était, comme de coutume, en contact avec les côtes, et il avait refoulé le poumon sur les parties latérales de la colonne vertébrale. A droite, au contraire, le poumon

était resté en contact avec les côtes, tant en arrière que latéralement; un liquide purulent le séparait, soit du diaphragme en bas, soit du médiastin antérieur en dedans. Des fausses membranes, molles et parcourues par de nombreux vaisseaux, tapissaient l'une et l'autre plèvre.

Une énorme quantité de pus blanc, phlegmoneux, existait dans l'abdomen, de chaque côté de la colonne vertébrale, depuis la dernière vertèbre dorsale jusqu'à la cinquième lombaire. Dans cette étendue, les muscles psoas avaient été comme disséqués par le pus. A gauche, la collection purulente ne dépassait pas l'articulation iléo-vertébrale; à droite, elle s'étendait jusque dans la fosse iliaque. La surface latérale du corps de la première vertèbre lombaire était rugueuse, inégale, dépouillée de son périoste. Le fibro-cartilage intervertébral était entièrement détruit; les surfaces correspondantes du corps des deux vertèbres étaient rugueuses et noirâtres. La moelle épinière et ses enveloppes ne présentaient aucune lésion appréciable, non plus que le cerveau.

Le canal digestif, ouvert et examiné avec soin dans toute son étendue, était partout d'une pâleur remarquable.

Le double épanchement ne se forma ici que successivement. La douleur ne l'annonça d'aucun côté; la collection du côté gauche existait vraisemblablement déjà depuis quelque temps, lorsque nous observâmes de la dyspnée. Elle semblait s'être formée lentement, et n'avait commencé à gêner sensiblement la respiration, que lorsqu'elle était déjà considérable. La dyspnée ne devint d'ailleurs très-forte, et les symptômes généraux

ne furent véritablement fâcheux, que lorsque du pus commença aussi à s'épancher dans la plèvre droite. Mais ce dernier épanchement différait de l'autre, et s'éloignait des cas ordinaires, en ce qu'il occupait seulement la partie antérieure de la cavité de la plèvre, et qu'au lieu de reporter le poumon vers la colonne vertébrale, il l'avait refoulé directement en arrière; de là, l'existence du son mat et de l'égophonie à la partie antérieure du thorax.

Nous noterons encore dans cette observation,

1°. L'existence d'une abondante diarrhée dans les derniers temps, sans trace apparente d'inflammation intestinale; 2°. la paralysie incomplète des membres abdominaux, qui ne reconnaissait pour cause aucune lésion appréciable de la moelle épinière. On peut présumer que les nerfs baignés par le pus avaient subi une altération quelconque qui les empêchait de transmettre complètement aux membres abdominaux la faculté de sentir et de se mouvoir.

ARTICLE V.

PLEURÉSIES COMPLIQUÉES AVEC D'AUTRES MALADIES.

La plus commune des complications de la pleurésie est l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Nous ne reviendrons que d'une manière très-secondaire sur cette complication, dont le chapitre II renferme de nombreux exemples. Nous allons rapporter tour-à-tour des cas de complications de pleurésies, soit avec diverses affections des organes thorachiques, soit avec d'autres maladies.

XXXIIIe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique avec pneumo-thorax, et tubercules pulmonaires et intestinaux.

Un Allemand, âgé de trente-cinq ans, était déjà enrhumé depuis plusieurs mois, lorsqu'il entra à la Charité. Il présentait alors tous les caractères d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré.

Quinze jours environ après son entrée, dans la nuit du 11 au 12 juillet, il fut pris tout-à-coup d'une vive douleur au-dessous du sein gauche. En même-temps, gêne extrême de la respiration. Dans la matinée du 12, persistance de la douleur, léger râle crépitant en arrière à gauche, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; partout ailleurs, bruit respiratoire fort et net; pouls dur, fréquent; peau brûlante. (*Vingt-quatre sangsues sur le côté.*) — Une heure après la visite, le malade expectora une grande quantité de sang écumeux et vermeil.

Le 13, continuation de l'hémoptysie; d'ailleurs même état. (*Saignée de dix onces.*)

14 et 15, cessation de l'hémoptysie; disparition de la douleur; persistance de la dyspnée et de la fièvre.

Le 16, le malade qui, les jours précédens, avait observé une diète rigoureuse, prit un potage au riz; à peine celui-ci fut-il parvenu dans l'estomac, que l'hémoptysie reparut. (*Saignée de six onces, vésicatoire à une cuisse, diète.*) — Le crachement de sang cessa dans la journée.

Jusqu'à cette époque, la poitrine percutée avait pré

senté partout sa résonnance naturelle; le bruit respiratoire s'était partout entendu d'une manière nette, excepté à gauche en quelques points, où l'on entendait un mélange de râle muqueux et crépitant, résultat probable de la présence de quelques petites cavités tuberculeuses. — Mais le 17, un nouveau phénomène fixa notre attention. Le bruit respiratoire ne s'entendait plus à gauche en arrière, bien que dans cette même étendue la sonoréité de la poitrine fût beaucoup plus grande qu'à droite, ce qui n'avait pas lieu les jours précédens. M. Lerminier annonça l'existence très-probable d'un pneumo-thorax. Un simple emphysème, en effet, n'aurait pas donné lieu à l'absence de la respiration dans une aussi grande étendue.

Le lendemain, il y avait aussi sous la clavicule gauche absence complète du bruit respiratoire, et en même-temps grande sonoréité.

Jusqu'au 28, le malade, examiné chaque jour, ne présenta pas de changement sous le rapport de la percussion et de l'auscultation. La dyspnée était toujours considérable, la toux fréquente; l'expectoration fut trois ou quatre fois sanguinolente. Une douleur obtuse se faisait sentir de temps en temps au niveau du sein gauche. Des sueurs abondantes avaient lieu chaque nuit.

Le 28, en percutant la poitrine, le malade étant assis sur son séant, nous reconnûmes pour la première fois l'existence d'un son mat à gauche en arrière, depuis la partie inférieure de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. En exerçant la succussion du tronc, selon la méthode d'Hippocrate, on entendit d'une manière très-distincte le *flot d'un liquide* dans le côté gauche du thorax. Dès-

lors on ne douta pas qu'il n'y eût dans la plèvre gauche un mélange d'air et de liquide.

Dans le cours du mois d'août, l'augmentation du son mat, le léger écartement des côtes annoncèrent les progrès de l'épanchement. On continua à entendre le flot du liquide. L'égophonie ne fut jamais sensible; d'ailleurs , état général de moins en moins satisfaisant; altération progressive des traits de la face; sueurs très-abondantes, qu'on chercha vainement à modérer par l'emploi des pilules d'acétate de plomb; diarrhée depuis le commencement du mois d'août.

Dans les premiers jours du mois de septembre, le flot de liquide cessa de se faire entendre. Le son était très-mat à gauche, tant en arrière que latéralement, jusques un peu au-dessus du milieu de l'omoplate. Plus haut, tant en arrière qu'en avant, la poitrine résonnait, mais moins bien qu'à droite. A cette époque nous entendîmes en arrière une résonnance particulière de la voix, qui se rapprochait de l'égophonie.

Le 10 septembre, les idées du malade devinrent confuses; le 11, il délirait, le pouls était très-fréquent et d'une faiblesse extrême. — Le 12, les quatre membres étaient aussi froids que si le malade eût cessé de vivre depuis vingt-quatre heures; cependant il ne succomba que le lendemain matin. — Depuis quelques jours la paupière supérieure droite restait abaissée sur l'œil et ne pouvait être relevée par la volonté.

Ouverture du cadavre.

Le thorax paraissait un peu plus bombé à gauche qu'à

droite; mesuré, le côté gauche fut trouvé en effet plus large de cinq lignes.

Une incision légère ayant été faite à un des espaces intercostaux supérieurs du côté gauche, aucun sifflement ne se fit entendre, aucune bulle d'air ne s'échappa; un litre et demi environ de sérosité citrine, mêlée à des flocons albumineux, remplissait la plèvre gauche. Les deux surfaces costale et pulmonaire de cette membrane étaient tapissées par des concrétions albumineuses, étendues en pseudo-membranes. Des adhérences assez solides formant des brides longues de plus de deux pouces, unissaient aux côtes le sommet du poumon. — Le poumon, qui était fortement comprimé, se laissa facilement distendre par l'air qu'on y insuffla. Il contenait, ainsi que le droit, de nombreux tubercules dont plusieurs étaient ramollis. — Plusieurs ganglions lymphatiques tuberculeux existaient dans le médiastin antérieur. — Le cœur ne présenta rien de remarquable. — La muqueuse gastrique était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaires. — Quelques tubercules crus existaient épars sous la muqueuse intestinale. Un plus grand nombre s'étaient déjà ramollis et avaient ulcéré la muqueuse. Les ganglions mésentériques étaient tuberculeux. — L'encéphale et ses enveloppes étaient remarquables par leur pâleur. Une assez grande quantité de sérosité limpide existait dans les ventricules latéraux.

Un épanchement gazeux avait-il réellement existé dans la plèvre de ce malade? On ne peut guères, ce nous semble, le révoquer en doute. C'est par l'existence seule

d'un pneumo-thorax qu'on peut expliquer plusieurs des phénomènes qui se manifestèrent à diverses époques. Voici, selon nous, comment les lésions se succédèrent, et par quel groupe de symptômes chacune d'elles fut annoncée. D'abord l'apparition du point de côté annonça la coïncidence d'une inflammation de la plèvre avec l'hémoptysie. Cette inflammation ne donna lieu dans les premiers temps à aucun épanchement, ainsi que l'indiquait la conservation de la sonoréité et du bruit naturel d'expansion pulmonaire. Plus tard ce bruit cessa tout-à-coup de se faire entendre dans une grande étendue, et en même-temps la sonoréité de la poitrine, loin de diminuer, devint plus grande que du côté opposé; l'existence d'un épanchement gazeux dans la plèvre déjà enflammée nous parut dès-lors évidente. Plus tard encore le son devint mat inférieurement, et, en exerçant la succussion hippocratique, on entendit dans le côté gauche du thorax un flot de liquide. Or un tel phénomène ne survient que là où il existe un mélange d'air et de liquide. L'existence du pneumo-thorax était donc rendue encore plus manifeste par ce nouveau signe; mais de plus il annonçait, ainsi que le son mat, un commencement d'épanchement liquide dans la plèvre. Ce dernier épanchement augmenta de plus en plus, et à mesure qu'il devint plus abondant, le flot de liquide ne se fit plus entendre. Nous pensâmes dès-lors que l'épanchement liquide avait entièrement remplacé l'épanchement gazeux, soit que celui-ci eût été résorbé, soit que le fluide aériforme, soumis à une pression de plus en plus forte, se fût dissous dans le liquide. En effet, l'ouverture du cadavre ne fit voir autre chose dans la plèvre qu'une col-

lection purulente ordinaire. On se rappelle que dans les derniers temps la respiration s'entendait encore un peu en haut en arrière, et que là aussi le son était moins mat. Dans cet espace, le poumon, retenu près des côtes par de longues brides, n'avait pu permettre qu'à une lame assez mince de liquide de s'interposer entre lui et les parois thorachiques.

Dans ce cas, la nature des lésions était si clairement indiquée par la nature des symptômes, que l'ouverture du cadavre, faite dans le but de vérifier le diagnostic, devenait presque superflue.

Cette observation nous offre l'exemple très-rare d'un épanchement de gaz dans la plèvre, sans qu'il y ait communication entre la cavité de cette membrane et l'extérieur. Ici le gaz paraît avoir été un produit de l'exhalation de la membrane séreuse. Le plus souvent, au contraire, le pneumo-thorax est le résultat d'une communication qui s'établit médiatement ou immédiatement entre les bronches et la cavité de la plèvre. C'est ce que démontrent les précieuses observations de pneumo-thorax contenues dans l'ouvrage de M. Laënnec, et celles non moins remarquables que vient de publier récemment M. le docteur Louis (1); c'est aussi ce que prouvent les faits suivans (2).

Un jeune homme de vingt-trois ans était atteint d'une phthisie pulmonaire au dernier degré, lorsqu'il entra à la Charité. La poitrine percutée était d'une sonorité remarquable dans les deux tiers inférieurs du côté gauche;

(1) *Archives générales de Médecine*, juillet 1824.

(2) Communiqués par M. Regnaud, élève externe, dont nous nous plaisons à reconnaître ici l'instruction et la sagacité.

dans cette même étendue on entendait, à chaque mouvement inspiratoire, une sorte de souffle sans mélange d'aucun râle, assez analogue au bruit que l'on produit en soufflant dans un vase de métal. On annonça l'existence d'un épanchement d'air dans la plèvre avec fistule pulmonaire. A l'ouverture du cadavre, on trouva, en effet, le poumon gauche refoulé à sa partie moyenne vers la colonne vertébrale; sa surface présentait trois larges ouvertures, par lesquelles la cavité de la plèvre communiquait avec de vastes excavations tuberculeuses où s'ouvraient plusieurs gros tuyaux bronchiques. La plèvre contenait un liquide purulent, qui n'était pas en quantité assez grande pour remplir tout l'espace vide qui existait entre le poumon refoulé et les côtes.

Un homme de quarante ans environ succomba à une phthisie pulmonaire. Au moment où l'on incisa le côté gauche du thorax, un fluide aériforme en quantité notable s'en échappa avec sifflement : la plèvre de ce côté, tapissée de fausses membranes, contenait une demi-pinte environ de sérosité verdâtre et spumeuse; vers la partie postérieure du sommet du poumon gauche existait une petite ouverture de trois à quatre lignes de diamètre, exactement arrondie, à travers laquelle l'air insufflé par la trachée-artère s'échappait en bouillonnant à la surface du liquide qui remplissait la plèvre. Cette ouverture conduisait dans une très-petite cavité tuberculeuse; elle semblait être le résultat d'une simple déchirure du tissu pulmonaire. Les deux poumons contenaient d'ailleurs de nombreux tubercules.

Un homme de dix-neuf ans, atteint de maladie du cœur, fut pris des symptômes d'une pneumonie; puis,

dans l'intervalle d'une visite à l'autre, la dyspnée devint tout-à-coup très-grande, et il succomba. A peine eut-on commencé à inciser le côté droit du thorax, qu'un fluide gazeux s'en échappa avec sifflement. La cavité de la plèvre de ce côté contenait un demi-litre environ de sérosité verdâtre et spumeuse; le poumon était refoulé vers la colonne vertébrale. En insufflant de l'air à travers la trachée-artère, on le vit s'échapper par une très petite ouverture arrondie, d'une ligne de diamètre, qui existait vers la partie inférieure du bord antérieur de ce poumon; cette ouverture faisait communiquer la plèvre avec une cavité capable de loger une petite noix, et qui semblait être le résultat du ramollissement d'un tubercule; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que le poumon droit ne contenait aucun autre tubercule, et que le gauche en renfermait à peine quatre ou cinq à l'état miliaire.

XXXIVe OBSERVATION.

Epanchement pleurétique avec péricardite indolente et développement de tubercules

Un charron, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis quatre mois, entra à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de janvier 1822. Il avait alors une vive douleur dans le côté gauche du thorax, et toussait sans cracher. Il resta quinze jours à l'Hôtel-Dieu et en sortit toussant encore. Entré à la Charité le 20 février, il était déjà dans le marasme. La respiration n'était que médiocrement gênée, le décubitus avait lieu sur le dos. La poitrine

percutée rendait un son très-mat dans tout le côté gauche, depuis le milieu de la fosse sous-épineuse de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes : dans toute cette étendue, le bruit respiratoire était nul ; à droite, il était généralement fort et net, mêlé de râle sibilant en quelques points. La toux était fréquente, l'expectoration purement catarrhale, le pouls accéléré, sans que la peau fût chaude ; des sueurs avaient lieu chaque nuit. L'anorexie était complète. (*Saignée de seize onces, boissons émollientes.*) Le sang présenta un large caillot, mou, sans couenne.

Les quatre jours suivans, le pouls perdit sa fréquence : un séton fut établi sur le côté gauche du thorax.

Du 26 février au 8 mars, aucun changement notable n'eut lieu. On entendait dans la fosse sous-épineuse gauche le bruit particulier que nous avons désigné sous le nom de *respiration bronchique*.

Du 8 au 20 mars, le pouls reprit de la fréquence, les sueurs furent suspendues, les urines devinrent rares ; l'abdomen, complètement indolent, prit insensiblement un plus grand volume, et bientôt il présenta une fluctuation manifeste. Progrès du marasme et de l'affaiblissement. (*Crèmes de riz, bouillons.*)

Du 20 au 25 (*boissons diurétiques*). Le séton, qui semblait ne produire aucun effet avantageux, et dont le malade se plaignait beaucoup, fut supprimé ; on le remplaça par deux vésicatoires aux jambes.

Le 29, la respiration, assez libre jusqu'alors, s'accéléra tout-à-coup d'une manière remarquable. Le pouls était beaucoup plus fréquent et très-petit. Les traits de la face exprimaient l'anxiété la plus vive. Le malade n'ac-

cusait aucune douleur. Le 30, dyspnée extrême. (*Large vésicatoire sur la poitrine.*)

1er avril : le malade avait passé la nuit à-demi assis dans son lit ; à la visite, il était couché sur le côté droit. La dyspnée était portée au plus haut degré. Une sueur abondante s'écoulait du front et des joues, qui étaient pâles et profondément excavées. Les extrémités étaient froides, le pouls se sentait à peine. Le malade poussait des cris plaintifs. Il succomba dans la journée.

Ouverture du cadavre.

L'épanchement dont la plèvre gauche était le siége, avait refoulé le poumon jusqu'au niveau de la quatrième côte. Une foule de brides épaisses, s'entrecroisant en divers sens, partageaient la cavité de la plèvre en plusieurs loges, qui communiquaient toutes les unes avec les autres. Le liquide qu'elles contenaient présentait, par sa couleur, par sa consistance, en un mot par l'ensemble de toutes ses propriétés physiques, une exacte ressemblance avec de la gelée de viande qui se liquéfie par la chaleur : à ce liquide particulier étaient mêlés en petite quantité les flocons albumineux ordinaires des épanchemens pleurétiques. Les plèvres costale et pulmonaire étaient tapissées par des fausses membranes peu épaisses, dans lesquelles s'étaient développés de nombreux tubercules.

La surface externe du poumon gauche présentait vers sa partie moyenne une large tache blanche. En incisant sur cette tache, on découvrit une énorme masse tuberculeuse, ayant à-peu-près le volume d'une grosse orange,

encore dure, et sillonnée par quelques stries noirâtres. Cette masse ressemblait beaucoup aux gros tubercules du foie; autour d'elle, le tissu pulmonaire était sain. Les ganglions bronchiques, très-développés, étaient tuberculeux; des masses également tuberculeuses remplissaient le médiastin antérieur, ainsi que le tissu cellulaire qui unit la plèvre au péricarde.

Le péricarde était distendu par une grande quantité de liquide rougeâtre, au milieu duquel nageaient quelques flocons albumineux; des fausses membranes très-molles revêtaient sa face libre. Le cœur, sain, contenait des caillots de sang noir.

Une quantité notable de sérosité citrine était épanchée dans le péritoine. Des tubercules miliaires existaient en grand nombre dans l'épaisseur des lames du grand épiploon, ainsi que dans les fausses membranes qui tapissaient la portion du péritoine dont les deux faces du foie sont couvertes.

La partie antérieure de la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau présentait, non loin de la grande scissure interlobaire, une granulation jaunâtre, du volume d'un gros poids, implanté dans la substance cérébrale, et faisant à sa surface une saillie d'une à deux lignes : pressée entre les doigts, elle avait une consistance osseuse. Les ventricules latéraux contenaient une petite quantité de sérosité limpide.

Ici, la pleurésie fut la maladie primitive; elle fut d'ailleurs annoncée par ses symptômes ordinaires. Lorsqu'elle était déjà passée à l'état chronique, le péritoine

s'enflamma sans que cette phlegmasie fût annoncée par aucune douleur; mais alors la fièvre reparut. Enfin, dans les derniers temps, l'augmentation subite de la dyspnée sembla se rattacher à l'invasion de la péricardite, qui, non plus que la péritonite, ne fut annoncée par aucune douleur. D'ailleurs, des tubercules existaient là où l'inflammation s'était montrée à l'état chronique, savoir dans la plèvre et dans le péritoine; mais il y en avait aussi dans d'autres parties, où, à notre connaissance du moins, aucune inflammation n'avait préexisté à leur formation, savoir, dans le poumon du côté opposé à la pleurésie, dans les ganglions bronchiques, dans le médiastin antérieur. Qu'est-il besoin de dire que cette diathèse tuberculeuse dut puissamment contribuer à produire l'état de marasme?

Nous noterons l'aspect particulier du liquide qui remplissait la plèvre, ainsi que les brides nombreuses qui par leur entre-croisement formaient des loges incomplètes. Nous ferons aussi remarquer, comme un cas assez rare, la disposition de la masse tuberculeuse unique qui existait dans le poumon droit; enfin nous rappellerons la petite granulation osseuse implantée dans la substance cérébrale, et dont aucun symptôme ne révéla l'existence.

XXXVe OBSERVATION.

Pleurésie et péritonite chroniques, tubercules dans les fausses membranes.

Un commissionnaire, âgé de dix-neuf ans, Savoyard, à Paris depuis un an, fut atteint, dans le courant du mois

de mai 1821, d'une bronchite, pendant le cours de laquelle il cracha un peu de sang. Vers la fin du mois de juin, la bronchite était moins intense; mais le malade avait l'haleine courte, il ressentait de temps en temps des douleurs passagères dans les deux côtés de la poitrine, jamais dans l'abdomen. Vers le commencement du mois de novembre, il s'aperçut que son ventre avait acquis un volume inaccoutumé; et, comme il sentait ses forces considérablement diminuées, il se détermina à entrer à l'hôpital; il présenta l'état suivant :

Face pâle, émaciation considérable des membres; l'abdomen est tuméfié, tendu; les circonvolutions intestinales se dessinent à travers ses parois amincies. On n'y reconnaît point de fluctuation. La pression des hypocondres ne détermine qu'une douleur obscure; partout ailleurs la douleur est nulle. Le malade vomit de temps en temps, la langue est humide et blanchâtre, les selles ordinaires. D'après ces signes, on ne pouvait révoquer en doute l'existence d'une inflammation chronique du péritoine; mais bientôt on acquit la certitude que la membrane séreuse pulmonaire n'était pas moins gravement affectée : son mat en arrière des deux côtés, depuis le milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, bruit respiratoire très-faible, sans mélange de râle. Inspirations courtes et rapprochées, parole un peu haletante, toux rare, expectoration catarrhale, décubitus indifférent, mais ayant lieu le plus habituellement sur le dos. — Ainsi, en même-temps que la péritonite, il existait chez ce malade un double épanchement pleurétique. Une affection aussi grave, aussi étendue, s'était formée, s'était accrue, sans

que l'individu qui en était atteint se sentît assez malade pour suspendre même ses occupations habituelles. — Les battemens du cœur s'entendaient sans impulsion et avec de fréquentes intermittences à la région précordiale, au-dessous de la clavicule gauche, et dans toute l'étendue du sternum. Le pouls était faible, lent, intermittent, la peau sèche et sans chaleur. Le malade urinait peu ; il suait quelquefois la nuit. (*Quinze sangsues à l'anus, tisane de chiendent nitrée.*) — Les jours suivans, même état. — (*Douze grains de calomélas et dix-huit grains de savon pour six pilules ; frictions sur les membres avec l'alcohol camphré et la teinture de digitale.*) — Quatre à cinq selles en vingt-quatre heures; urine plus abondante.

Quinze jours environ après l'entrée du malade, l'abdomen prit un plus grand volume, et la fluctuation y devint évidente. On remarqua que le côté gauche du thorax était devenu plus ample que le droit; les espaces intercostaux de ce même côté étaient agrandis et bombés; la faiblesse augmentait, les traits de la face s'altéraient sensiblement; cependant le liquide épanché dans le péritoine parut se résorber, l'abdomen s'affaissa, et l'on sentit de nouveau, à travers ses parois, les circonvolutions intestinales. (*Vésicatoires aux extrémités inférieures.*)

Vers la fin du mois de décembre, l'épanchement du côté gauche diminua; les espaces intercostaux se rapprochèrent, et ce côté du thorax reprit ses dimensions ordinaires. Mais bientôt une diarrhée très-abondante survint. (*Décoction blanche de Sydenham, lavemens émolliens.*) — En même-temps, sueurs très-copieuses,

prostration de plus en plus grande, extrême faiblesse du pouls. (*Potion éthérée avec le sirop de quinquina : vin d'aunée ; frictions avec l'ammoniaque liquide et la teinture de cantharides.*)

Dans le mois de janvier, la peau se couvrit de nombreuses taches scorbutiques, la face prit un aspect cadavéreux, les yeux se couvrirent d'un nuage, les extrémités se refroidirent, et le malade s'éteignit sans agonie, ayant toute sa connaissance.

Ouverture du cadavre.

Degré avancé du marasme, nombreuses taches scorbutiques sur la poitrine et les membres.

Le poumon gauche, vide d'air, et contenant quelques tubercules au milieu d'un tissu très-sain, n'occupe que l'espace compris entre la première côte et la quatrième. Plus bas existe une vaste poche que remplit une sérosité citrine, sans mélange de flocons albumineux, mais que traversent des brides nombreuses, rouges, très-molles, très-facilement déchirables, et s'entrecroisant de manière à laisser entre elles des espaces de forme et de grandeur variables. Les parois de cette cavité étaient tapissées par des fausses membranes épaisses que parsemaient beaucoup de tubercules.

Du côté droit, la plèvre costale est séparée de la plèvre pulmonaire par des paquets de pseudo-membranes roulées sur elles-mêmes, et qui, par leur aspect gélatiniforme, ressemblent assez aux membranes qui constituent les parois des poches hydatiques. Près du diaphragme, ces fausses membranes circonscrivent une petite cavité, à

peine capable d'admettre une orange, et que remplit une sérosité limpide et incolore. — Le poumon de ce côté est sain.

Le cœur est dans son état physiologique; un peu de sérosité limpide existe dans le péricarde.

Les parois abdominales adhèrent intimement aux intestins. Ces derniers sont soudés de manière à ne plus former qu'une seule masse inextricable. Les fausses membranes qui les unissent et les recouvrent, sont parsemées de nombreux tubercules, dont la couleur blanche ressort au milieu de la teinte ardoisée des pseudo-membranes.

La muqueuse gastrique, d'un blanc grisâtre, est d'épaisseur et de consistance ordinaires; tubercules multipliés sous la muqueuse de l'intestin grêle, qui est pâle, ainsi que celle du gros intestin.

Cerveau sain, tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'une quantité notable de sérosité.

Rien n'est plus remarquable sans doute que la manière sourde dont débuta chez ce malade la double phlegmasie de la plèvre et du péritoine. Lorsqu'il entra à la Charité, les deux côtés du thorax étaient le siége d'un épanchement; un liquide purulent avec formation de pseudo-membranes existait aussi dans l'abdomen; et cependant jusqu'à l'époque de son entrée le malade avait eu la force de passer toutes ses journées au coin des rues et de continuer ses pénibles occupations. L'invasion de la pleurésie n'avait été annoncée que par des douleurs vagues, fugitives; une légère dyspnée était le seul symptôme morbide, appréciable pour le malade, auquel l'épanchement avait donné lieu. Quant à la péritonite,

elle avait pris naissance et s'était accrue, sans produire jamais la moindre sensibilité abdominale. — Pendant le séjour du malade à la Charité, l'épanchement péritonéal se résorba, mais l'inflammation même du péritoine ne cessa pas. La collection purulente de la plèvre droite diminua notablement; la collection de la plèvre gauche augmenta d'abord au point de distendre les espaces intercostaux, puis elle diminua aussi. On put alors concevoir momentanément quelque espoir de guérison. Mais bientôt la nutrition s'altéra de plus en plus, le marasme devint effrayant et la mort survint, causée surtout par le travail actif de túberculisation dont les poumons, la plèvre, le péritoine et le canal intestinal étaient le siége.

XXXVIe OBSERVATION.

Rhumatisme aigu, suivi d'un épanchement pleurétique qui s'ouvre à-la-fois dans les bronches et à travers les parois thorachiques. Abcès phlegmoneux des membres. Péritonite.

Un bonnetier, âgé de quarante ans, avait depuis quinze jours un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il entra à la Charité. La douleur était alors fixée sur les deux genoux et sur le poignet gauche. Deux saignées, successivement pratiquées aux deux bras, furent suivies l'une et l'autre de la formation rapide d'un abcès sous-cutané, avec douleur et rougeur de la peau. Cependant le rhumatisme disparut, mais en même-temps une vive douleur se manifesta au-dessous du sein droit. (*Trente sangsues sur ce point.*)—Le lendemain cette douleur était beau

coup moindre; mais la respiration était très-gênée, et le son était devenu mat dans la plus grande partie du côté droit du thorax. Le bruit d'expansion pulmonaire qui, la veille encore, était net et fort, avait été remplacé par une sorte de souffle très-prononcé. (*Respiration bronchique.*) La voix offrait dans tout ce côté une résonnance particulière. L'expectoration était catarrhale. L'existence d'un épanchement pleurétique ne parut pas douteuse. Le malade ne voulut pas permettre qu'on le saignât de nouveau, à cause des abcès qui avaient suivi les deux saignées précédentes. (*Trente sangsues sur le côté droit, et le soir deux vésicatoires aux jambes.*)

Le lendemain, 2 mars, même état. Le 3, on remarqua en dehors du sein droit un empâtement mal circonscrit des tégumens, avec douleur, rougeur et chaleur. (*Cataplasmes émolliens.*) Le 4, le malade, dont les crachats n'avaient présenté jusqu'alors aucun caractère, avait expectoré tout-à-coup pendant la nuit une grande quantité d'un liquide purulent, inodore, s'écoulant en une nappe uniforme. On soupçonna l'établissement d'une communication entre l'épanchement et une bronche. Le malade accusait de la douleur dans la cuisse gauche; elle était, en effet, rouge et tuméfiée.

Le 5, fluctuation obscure en divers points des tégumens du côté droit du thorax; même expectoration; persistance de la douleur et de la tuméfaction de la cuisse gauche, et de plus abdomen tendu et très-sensible à la pression. D'ailleurs, altération profonde des traits de la face, d'où s'écoule une sueur froide et visqueuse; œil éteint. Pouls misérable, très-fréquent. Au milieu d'une aussi effroyable complication de lésions, quelle ressource

pouvait offrir la thérapeutique? La mort eut lieu la nuit suivante.

Ouverture du cadavre.

Une énorme quantité de liquide, semblable à du pus phlegmoneux, remplissait la cavité de la plèvre droite, et avait refoulé le poumon vers la colonne vertébrale. A la surface externe de ce poumon, non loin de la scissure interlobaire, existait une ouverture qui établissait une communication directe entre la cavité de la plèvre et les bronches; cette ouverture elle-même était formée aux dépens d'un gros tuyau bronchique dont les parois avaient subi une solution de continuité : ce tuyau était très-près de la bronche principale du poumon. Entre la cinquième et la sixième côte, se montrait une autre ouverture, pratiquée à travers les muscles intercostaux, dont les fibres étaient séparées et infiltrées de pus, très-molles et comme irrégulièrement déchirées. Par cette ouverture, le liquide contenu dans la plèvre s'était frayé un passage jusque dans l'épaisseur des muscles qui recouvrent les parois thorachiques; le pus avait fusé entre leurs diverses couches jusqu'au-devant de la fosse sous-scapulaire de l'omoplate.

Un pus aussi épais que celui de la plèvre était épanché dans le péritoine, que des concrétions albumineuses couvraient en divers points.

Les deux avant-bras et la cuisse gauche présentaient sous la peau et entre leurs muscles une infiltration séroso-purulente, et de plus cinq ou six endroits où le pus était déjà bien formé et réuni en vastes foyers avec ramollissement pultacé des fibres musculaires environnantes.

Nous avons vu rarement des phénomènes morbides aussi nombreux et aussi variés se succéder chaque jour avec une aussi effroyable rapidité. A peine une inflammation était-elle née, que tout-à-coup elle se terminait par une abondante suppuration : en vertu d'une bien remarquable prédisposition, l'irritation légère produite deux fois par la piqûre de la lancette détermina deux fois la formation d'un abcès; presque en même temps d'énormes collections purulentes se manifestèrent dans la plèvre, dans le péritoine, dans toute l'étendue de la cuisse gauche. Remarquons encore que, dans ce cas, comme dans plusieurs de ceux que nous avons déjà cités, un rhumatisme aigu précéda la pleurésie, et qu'il disparut en même temps que celle-ci se montra. L'inflammation de la plèvre était encore très-récente, lorsque le pus qu'elle avait produit se fit jour à-la-fois et à travers les bronches et à travers un espace intercostal. Lorsqu'on observe un pareil phénomène, ce n'est guère que dans les cas où la pleurésie est chronique. Bien qu'une large communication existât entre la plèvre et les bronches, les crachats restèrent inodores. Il ne pouvait d'ailleurs pénétrer que très-peu d'air dans la cavité de la plèvre, parce qu'elle était entièrement pleine de liquide, qui semblait se reformer à mesure qu'il s'écoulait à travers les bronches.

ARTICLE VI.

RÉSUMÉ,

OU

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA PLEURÉSIE.

67. Nous suivrons dans ce résumé la même marche que nous avons déjà adoptée en traitant de la pneumonie. Ainsi, nous exposerons d'abord les caractères anatomiques de l'inflammation de la plèvre; nous parlerons ensuite des causes de la pleurésie, de ses symptômes, de sa marche, de ses variétés, etc.

68. La plèvre, frappée de phlegmasie, présente : 1°. des altérations de tissu; 2°. des altérations de sécrétion. En outre, le poumon, comprimé, déplacé par l'épanchement, offre des variétés de forme, de volume, de situation et de rapports, qu'il importe de connaître.

Lorsqu'on introduit un corps étranger dans la plèvre d'un animal, ou qu'on y injecte un liquide médiocrement irritant, et qu'on examine la plèvre peu de temps après, on la trouve rouge dans une étendue plus ou moins grande; mais un examen attentif fait bientôt reconnaître que cette rougeur est uniquement due à l'injection plus ou moins vive des vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-séreux : la membrane elle-même a conservé sa transparence, et aucun vaisseau rouge ne s'y ramifie. Les mêmes phénomènes peuvent s'observer chez les hommes qui, atteints d'une pleurésie légère, suc-

combent à une autre maladie. L'inflammation est-elle plus intense? La membrane séreuse elle-même présente alors des vaisseaux plus ou moins nombreux remplis de sang : tantôt ces vaisseaux, peu multipliés, laissent entre eux de grands intervalles, et ils troublent à peine la transparence de la membrane; tantôt leur nombre est plus considérable, ils s'agglomèrent, s'anastomosent de mille façons, et de manière à produire de simples points, de longues stries, de larges plaques, des bandes plus ou moins sinueuses, enfin une teinte rouge uniforme dans une étendue plus ou moins grande : ce dernier cas est très-rare. Nous conservons desséchées des portions de plèvres qui présentent ces différens degrés d'injection vasculaire. Il ne faudrait pas confondre ces diverses nuances de rougeur inflammatoire avec le produit d'une simple ecchymose : quelquefois, en effet, à la suite des maladies chroniques ou de certaines fièvres graves, des épanchemens de sang purement passifs s'opèrent à la surface externe de la plèvre et du péritoine, comme ils se forment sous les membranes muqueuses et sous la peau. Un examen un peu attentif suffira pour distinguer ces ecchymoses d'une injection inflammatoire.

Dans le plus grand nombre des cas, la plèvre, rouge ou blanche, opaque ou transparente, n'augmente pas d'épaisseur; ce n'est que très-rarement que nous l'avons trouvée véritablement épaissie. Les auteurs qui ont parlé de l'épaississement des membranes séreuses comme d'un phénomène pathologique fort commun, ont évidemment confondu la séreuse elle-même avec les fausses membranes qui la recouvraient.

Le péritoine enflammé perd souvent une grande partie

de sa consistance; il se ramollit et s'ulcère. Nous n'avons observé rien de semblable pour la plèvre. Quelquefois nous l'avons vue se détacher de la surface pulmonaire avec une bien plus grande facilité que dans l'état sain, comme si le tissu cellulaire très-fin qui l'unit aux poumons avait participé à l'inflammation et était devenu friable. C'est ainsi que dans l'entérite, lorsque la phlegmasie s'est propagée au tissu lamineux subjacent à la muqueuse, celle-ci peut être enlevée, sans se déchirer, dans une très-grande étendue.

Les altérations de sécrétion offertes par la plèvre enflammée, sont plus nombreuses, plus variées que ses altérations de tissu; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans plusieurs cas où ces altérations de sécrétion sont le plus prononcées, la membrane ne présente dans sa texture aucun changement appréciable. Le liquide séreux, exhalé par la plèvre dans l'état sain, se trouve modifié sous le double rapport de sa quantité et de ses qualités.

Sa quantité peut varier depuis moins d'une once jusqu'à plusieurs pintes. Lorsque cette quantité est très-considérable, non-seulement le poumon refoulé est réduit à occuper le plus petit espace possible, mais encore le diaphragme est fortement repoussé en bas, d'où résulte la saillie plus considérable des viscères abdominaux, et surtout du foie à droite, de la rate à gauche. Stoll dit avoir vu, dans un cas de ce genre, le diaphragme tellement abaissé par une collection de la plèvre, qu'il en résultait une tumeur très-sensible dans l'hypocondre. Les côtes sont écartées, les espaces intercostaux agrandis et fortement bombés en dehors; les médiastins subis-

sent aussi un peu de déplacement, et sont déviés du côté opposé à celui où existe l'épanchement. Enfin, dans des cas où la plèvre gauche était le siége de la collection, on a vu le cœur lui-même perdre sa situation accoutumée, être reporté à droite, et sa pointe se rapprocher tellement du sternum que pendant la vie ses battemens ne s'entendaient plus que derrière cet os et dans la partie droite du thorax. Nous n'avons eu occasion d'observer qu'un seul cas de ce genre.

Le liquide exhalé par la plèvre enflammée présente une foule de variétés; nous allons rappeler ici les principales.

Il est des cas où l'on ne trouve dans la plèvre qu'une sérosité incolore ou citrine, parfaitement limpide et transparente. La rougeur légère de la séreuse, le petit nombre de concrétions membraniformes qui la tapissent sont alors les seuls signes, souvent très-peu apparens, à l'aide desquels peut être constatée l'inflammation dont l'existence avait été annoncée pendant la vie par des symptômes non équivoques. D'autres fois, et ce cas est plus commun que le précédent, au milieu du liquide qui conserve toujours sa limpidité, nagent quelques flocons albumineux dont la plus grande partie se précipite au fond. Le plus souvent ces flocons albumineux, plus abondans, tendent à se dissoudre dans la sérosité, et en troublent la transparence. Chez d'autres individus on trouve un liquide décidément trouble, jaune, vert, brun ou grisâtre, quelquefois très-épais et comme bourbeux. Enfin, après plusieurs états intermédiaires, ce liquide se présente sous forme d'un véritable pus, tel qu'il existe dans un abcès phlegmoneux. Dans quelques cas plus

rares, la plèvre est remplie par un liquide particulier, qui n'est ni de la sérosité ni du pus; ce liquide, ordinairement renfermé dans des loges formées par des fausses membranes, ressemble soit à de la gelée de viande demi-liquéfiée, soit à du miel, ou mieux encore à la matière contenue dans les tumeurs externes connues sous le nom de *méliceris*. Du sang peut aussi être épanché dans la plèvre enflammée; mais tantôt la couleur rouge du liquide est tellement faible, qu'il semble que ce ne soit que de la sérosité mêlée à une faible quantité de la matière colorante du sang. Tantôt, au contraire, on trouve la plèvre remplie d'un liquide tout-à-fait semblable au sang qui vient de s'échapper d'une veine; de véritables caillots fibrineux, encore unis à la matière colorante du sang, ou privés de cette matière, sont amassés vers la partie la plus déclive de la cavité de la plèvre. On ne peut douter, dans ce cas, que du sang en nature n'ait été véritablement exhalé par cette membrane. Le péritoine, frappé de phlegmasie, nous offre aussi d'assez fréquens exemples d'une pareille exhalation sanguine.

Les différens liquides, épanchés dans la plèvre, sont toujours inodores, à moins qu'une solution de continuité des parois thorachiques, ou une fistule pulmonaire, n'établissent une communication entre la cavité de la plèvre et l'extérieur.

Des fluides aériformes existent quelquefois dans la plèvre enflammée, soit seuls, soit plus souvent mêlés à un liquide. On constate surtout leur présence, 1°. par le sifflement qui se produit au moment où l'on incise les côtes; 2°. par l'état spumeux du liquide. On pourrait aussi s'en assurer en ouvrant le thorax dans l'eau. Dans

quelques circonstances, ces gaz sont évidemment le produit d'une exhalation de la membrane; mais le plus ordinairement on ne les trouve dans la plèvre que lorsque celle-ci communique avec les bronches d'une manière plus ou moins immédiate.

Une portion du liquide exhalé par la plèvre tend naturellement à se concréter et à passer à l'état solide. De là les pseudo-membranes, qui présentent tant de variétés sous le rapport de leur organisation, de leur forme, de leur couleur, de leur étendue, de leur consistance, de leur épaisseur.

Un des phénomènes les plus curieux de physiologie pathologique est sans doute celui de l'organisation des fausses membranes. Un liquide amorphe (*lymphe coagulable de Hunter*) est déposé à la surface libre de la plèvre; à peine est-il exhalé, qu'il se solidifie; c'est d'abord une matière molle et blanchâtre, que l'on divise en une foule de filamens, qui, par leur entrecroisement, constituent des espèces de mailles d'où l'on exprime de la sérosité. Mais bientôt des signes de vitalité se manifestent dans cette matière en apparence inorganique; des points rouges s'y développent: d'abord, peu nombreux et isolés, ces points se multiplient, ils s'allongent en lignes ou stries rougeâtres qui sillonnent la surface de la concrétion albumineuse; enfin ces stries deviennent de véritables canaux vasculaires qui franchissent bientôt la concrétion où ils ont pris naissance, vont s'aboucher avec les vaisseaux de la plèvre, et établissent ainsi une communication entre la circulation de la fausse membrane et la circulation générale. Les expériences sur les animaux vivans, les observations qu'on a eu occasion de recueillir

sur l'homme lui-même, ont prouvé que ce travail d'organisation s'opère quelquefois avec une incroyable rapidité. Sur des lapins, dont nous avions irrité la plèvre artificiellement en y injectant de l'acide acétique, nous avons trouvé, au bout de dix-neuf heures, des fausses membranes molles et très-minces parcourues par de nombreuses lignes rougeâtres qui s'anastomosaient à la manière de véritables vaisseaux. Sur d'autres lapins, dont la plèvre avait reçu le même liquide, et qui semblaient placés dans les mêmes conditions que les précédens, nous n'avons rien trouvé de semblable au bout d'un temps beaucoup plus long. Leur plèvre ne contenait qu'un liquide séreux ou purulent avec mélange de flocons albumineux tout-à-fait inorganiques. Nous avons répété les mêmes observations sur l'homme. Nous avons rencontré, par exemple, des pseudo-membranes déjà vasculaires chez des individus morts d'une pleurésie au bout d'un très-petit nombre de jours. Nous n'en avons vu aucune trace chez d'autres malades qui n'avaient succombé qu'au bout de plusieurs mois. L'organisation des fausses membranes ne dépend donc pas seulement du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis leur formation, et aucune règle générale ne saurait être posée sur le moment où cette organisation commence. Il semble qu'il y a sous ce rapport des dispositions individuelles inexplicables, qui, chez les uns, accélèrent l'époque du travail d'organisation, et qui, chez les autres, le retardent. Remarquerons-nous ici en passant que la plus grande analogie existe entre le mode de développement des vaisseaux dans les fausses membranes, et leur mode de production dans la membrane du jaune chez le

poulet. Notons toutefois une remarquable différence, savoir, l'inconstance, l'irrégularité du travail d'organisation, dans les pseudo-membranes, et, au contraire, la constance et la régularité de ce travail dans la membrane du jaune.

La forme des pseudo-membranes de la plèvre est très-variable. Souvent ce sont des granulations miliaires, isolées les unes des autres, et qu'on prendrait volontiers pour de petits tubercules, si elles n'en différaient par leur texture intime. Ce genre de fausses membranes, qui semblent produites par un liquide coagulable déposé à la surface de la plèvre par gouttelettes isolées, coexiste fréquemment avec un épanchement de sérosité limpide. D'autres fois les plèvres sont recouvertes, dans une partie plus ou moins grande de leur étendue, et même en totalité, par de larges concrétions qui en augmentent considérablement l'épaisseur. La surface de ces concrétions plus ou moins bien organisées, est tantôt parfaitement lisse et polie, tantôt rugueuse, inégale, mamelonnée, tantôt enfin parcourue par des filamens très-déliés qui, par leur entrecroisement, lui donnent un aspect aréolé. Dans un très-grand nombre de cas, ces concrétions s'allongent en brides, de forme, de grandeur et de densité variables, qui s'étendent d'une des surfaces de la plèvre à l'autre, et constituent des adhérences, souvent remarquables par leur longueur; ces adhérences traversent une grande quantité de liquide pour unir les plèvres costale et pulmonaire. Quelquefois très-multipliées, elles s'entrecroisent au milieu du liquide, et l'enferment dans des espèces de loges ou de cellules plus ou moins régulières qu'elles laissent entre elles. Lors même qu'il n'y

a plus de liquide épanché, on trouve parfois les plèvres costale et pulmonaire unies par de longues brides qui permettent, sans qu'on les déchire, de séparer d'un à deux pouces les côtes du poumon. Le jeu de cet organe serait même singulièrement gêné, si, dans tous les cas, les adhérences établies entre les deux surfaces de la plèvre ne permettaient pas que celles-ci s'écartassent un peu l'une de l'autre. En effet, chaque fois qu'une inspiration un peu forte a lieu, le rapport des côtes et du poumon change; tandis que les premières s'élèvent, le second descend, et par conséquent chacun des points du poumon n'est plus en contact avec le même point des parois thorachiques. On peut facilement s'assurer de ce fait en mettant à découvert sur un animal un espace intercostal.

Molles, facilement déchirables et d'aspect albumineux, tant qu'elles sont récentes, les adhérences tendent à se transformer tôt ou tard en un véritable tissu cellulaire qui établit une union intime entre les deux surfaces de la plèvre. C'est dans cet état qu'on les trouve chez les individus qui ont eu d'anciennes pleurésies.

Les adhérences celluleuses de la plèvre finissent-elles à la longue par être résorbées? Nous ne connaissons aucun fait direct qui le prouve; mais on est conduit à l'admettre par analogie. M. Béclard (*Anatom. génér.*) a, en effet, cité une observation qui démontre la possibilité d'une pareille résorption pour les adhérences celluleuses du péritoine: d'ailleurs, dans cette dernière membrane, comme dans la plèvre, les adhérences peuvent exister en grand nombre sans donner lieu à aucun phénomène morbide. Nous avons trouvé chez un individu, qui plusieurs années

auparavant avait eu les symptômes d'une péritonite, toutes les circonvolutions des intestins grêles réunies par un tissu cellulaire assez lâche pour permettre encore entre elles un léger frottement. Cet individu, pendant un long séjour à l'hôpital, n'accusa jamais aucune douleur, aucun sentiment de gêne dans l'abdomen. Quant aux adhérences celluleuses de la plèvre, leur innocuité est si connue qu'il nous semble inutile de nous arrêter davantage sur ce point.

Les pseudo-membranes sont le plus souvent incolores; souvent aussi la teinte jaune, grise ou rouge, qu'elles présentent, leur est communiquée par le liquide avec lequel elles sont en contact. Il n'est pas rare de trouver le péritoine recouvert par des fausses membranes d'un noir foncé. Nous n'avons jamais rencontré une pareille couleur dans les pseudo-membranes de la plèvre.

Leur épaisseur n'est pas quelquefois plus grande que celle de la plèvre elle-même. On les enlève de la surface de celle-ci sous forme de pellicules très-minces entièrement semblables au tissu de la plèvre. Souvent il y en a ainsi plusieurs superposées, que l'on enlève par couches successives; on pourrait croire alors que c'est la plèvre elle-même qui est composée de plusieurs lames. On pourrait très-facilement aussi ne pas s'apercevoir de l'existence de ce genre de fausses membranes. Nous ne les avons jamais rencontrées que dans les cas de pleurésies chroniques. On les trouve plus communément encore à la surface du péritoine, dans les mêmes circonstances.

Toutefois, dans le plus grand nombre des cas, l'épaisseur des fausses membranes surpasse de beaucoup l'épaisseur naturelle de la plèvre; cette épaisseur paraît,

au premier coup-d'œil, d'autant plus considérable, que presque toujours il y a plusieurs pseudo-membranes superposées les unes aux autres : souvent alors elles acquièrent une solidité et une densité telles, qu'elles doublent en quelque sorte les parois thorachiques, et que lorsqu'une partie plus ou moins étendue de ces parois a subi une solution de continuité, elles peuvent suppléer à ces mêmes parois, en formant une espèce de plastron qui garantit suffisamment des violences extérieures les organes contenus dans le thorax. Appliquées sur le poumon qu'un épanchement a séparé des côtes, ces pseudo-membranes constituent une barrière qui empêche le poumon de revenir à son état primitif, après que l'épanchement a été ou résorbé ou évacué. Ainsi que nous l'avons déjà vu, cette barrière peut même opposer une résistance invincible aux efforts que l'on fait après la mort pour distendre le poumon par l'insufflation.

Dans la très-grande majorité des cas où un épanchement existe dans la plèvre, soit que pendant la vie il ait été, ou non, annoncé par la douleur, la fièvre ou autres signes de phlegmasie, on trouve dans la plèvre des signes évidens d'inflammation, tirés de la présence des fausses membranes, de la nature du liquide épanché, ou enfin de l'aspect de la plèvre elle-même. De là, il faut conclure que l'épanchement de sérosité dans les plèvres, sans inflammation préalable ou sans obstacle mécanique à la circulation, est une maladie infiniment rare. Dans le cas même de maladie du cœur, l'hydrothorax nous semble beaucoup moins commun que l'ascite.

Des tissus accidentels de diverses natures se développent fréquemment dans la plèvre enflammée. Ainsi les

fausses membranes passent quelquefois à l'état fibreux, cartilagineux et même osseux; mais le tissu accidentel qui s'y développe le plus souvent est sans contredit le tissu tuberculeux : nos observations nous en ont offert de nombreux exemples. Ces tubercules prennent naissance au milieu même des fausses membranes; ils sont ordinairement très-nombreux, et semblent souvent se multiplier avec une grande rapidité. Nous avons trouvé des fausses membranes déjà remplies de tubercules chez des individus qui avaient succombé à des pleurésies dont la durée n'avait pas dépassé quinze jours. La rapidité d'un pareil développement n'est pas d'ailleurs un phénomène qui soit sans analogue : nous avons cité ailleurs (1) plusieurs observations qui démontrent que les divers tissus accidentels qui, dans les cas les plus ordinaires, se développent lentement et se caractérisent par les symptômes d'une maladie chronique, naissent, croissent, dans quelques cas, avec une étonnante rapidité, et produisent une affection aiguë. Nous rappellerons ici deux cas de ce genre, dans lesquels, à la suite d'une péritonite légère, des tumeurs cancéreuses dans un cas, tuberculeuses dans un autre, se sont ainsi développées et ont acquis un volume énorme dans un espace de temps très-court.

Un ancien militaire, âgé de cinquante-un ans, entra à l'hôpital de la Charité pendant le cours du mois de septembre 1820; il ressentait depuis une huitaine de jours d'assez vives douleurs autour de l'ombilic; il avait un peu de fièvre; les selles étaient naturelles, l'aspect de la langue ordinaire; il était difficile de préciser la vé-

(1) Mémoire sur le Développement rapide des tissus accidentels. (*Archives générales de Médecine*, tome 2, pag. 205.)

ritable nature de ces douleurs. (*Tisanes et fomentations émollientes , diète.*)

Le lendemain , 20 , la douleur abdominale était plus intense , une pression légère l'augmentait ; la face était altérée, le pouls fréquent et petit. L'inflammation du péritoine semblait se dessiner plus franchement. (*Trente sangsues sur l'abdomen.*)

Le 21 , amendement sensible des symptômes. Le 22 , tension de l'abdomen , assez vives douleurs , fluctuation obscure. (*Trente nouvelles sangsues.*)

Les jours suivans , les douleurs abdominales furent modérées, et la fièvre fut légère ; mais le ventre se tuméfia beaucoup ; cependant la fluctuation n'était pas manifeste , et il était douteux que cette tuméfaction rapide dépendît d'un épanchement péritonéal ; le son mat que rendait l'abdomen percuté ne permettait pas non plus de la rapporter à un développement de gaz dans les intestins. Dès le 30 septembre , nous reconnûmes une tumeur irrégulièrement arrondie , très-mobile , qui de l'ombilic s'étendait jusque près du pubis. Dans les premiers jours du mois d'octobre , cette tumeur devint de plus en plus sensible, et bientôt on put la suivre dans la région iliaque droite , et dans le flanc du même côté ; là , elle présentait un grand nombre de bosselures , et était beaucoup plus douloureuse qu'autour de l'ombilic. Du 15 au 20 octobre , les douleurs devinrent atroces ; chaque matin , nous trouvions les tumeurs sensiblement plus volumineuses que la veille ; elles s'étaient élevées un peu au-dessus de l'ombilic , et s'étaient étendues dans le flanc droit. Le 20 , délire , mouvemens convulsifs. — Mort dans la journée.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la région ombilicale, les deux flancs, l'hypogastre et les deux fosses iliaques occupés par une tumeur insérée en haut au bord colique de l'estomac, cachée en bas par le pubis, au-dessous duquel elle se prolongeait.

Détachée de l'estomac et renversée de haut en bas, cette énorme tumeur laissa voir successivement derrière elle l'arc du colon, auquel elle adhérait, le paquet des intestins grêles couvert d'exsudations membraniformes, le cœcum, les deux portions ascendante et descendante du colon. La situation de cette tumeur, sa direction, ses rapports, ne nous permirent pas de douter qu'elle n'appartînt à l'épiploon. Elle était d'une dureté remarquable, très-épaisse, rugueuse et bosselée à sa surface; incisée, elle nous présenta dans beaucoup de points un tissu blanc bleuâtre, demi-transparent, criant sous le scalpel (squirre à l'état de crudité); en d'autres points étaient creusées de petites cavités tantôt assez régulièrement arrondies, tantôt oblongues et plus ou moins anfractueuses, remplies par un liquide gélatiniforme; les plus petites de ces cavités auraient pu à peine contenir un pois; les plus vastes auraient admis une grosse amande (squirre à l'état de ramollissement). Partout l'on observait entremêlé au tissu précédent un autre tissu d'un blanc opaque, et dans lequel se ramifiaient des vaisseaux sanguins qui, en s'entrecroisant, laissaient entre eux des aréoles plus ou moins irrégulières (tissu encéphaloïde à l'état de crudité); en deux ou trois points seulement existait une substance pultacée, rougeâtre, assez semblable à la matière du cerveau qui commence à se putréfier, et qui est salie par le sang (tissu encé-

phaloïde à l'état de ramollissement). Enfin en quelques endroits la couleur blanche des tissus précédens était mêlée à une teinte brune assez foncée qui indiquait peut-être un commencement de mélanose.

Au milieu de ces différens tissus, se retrouvaient encore en assez grand nombre les pelotons graisseux qui existent ordinairement dans l'épiploon sain.

Le fait précédent a, je crois, peu d'analogues dans les annales de la science. C'est dans l'espace de moins de cinq semaines, qu'à la suite d'une péritonite assez légère, une tumeur cancéreuse envahit l'épiploon, acquiert chaque jour un accroissement sensible à l'œil et au tact, et finit enfin par doubler en quelque sorte la presque totalité de la paroi antérieure de l'abdomen. Qui nous révélera la cause d'un aussi rapide développement? qui nous dira pourquoi, au contraire, chez d'autres individus, ces mêmes tissus accidentels forment à peine en quelques années une tumeur grosse comme une noix?

Chez cet individu, l'intensité des douleurs et de la fièvre, son effroyable dépérissement, furent en rapport avec la rapidité du développement des tissus accidentels. Chez le malade suivant, qui va nous offrir l'exemple d'une tumeur dont l'accroissement fut encore plus prompt, nous n'observerons au contraire ni douleur ni fièvre, et nous verrons les forces se conserver assez bien.

Un tailleur, âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, habitant Paris depuis sept mois, travailla et coucha pendant les mois de janvier et de février 1822, dans un rez-de-chaussée fort humide; vers le milieu du mois de février, il s'aperçut que son ventre acquérait un volume inaccoutumé, il n'éprouva d'ailleurs aucune dou-

leur abdominale; en même temps, amaigrissement des membres et de la face; vers le commencement du mois de mars, diarrhée abondante; douleurs abdominales augmentant par la pression; perte d'appétit, diminution des forces. Pendant le cours du mois de mars la diarrhée paraît et disparaît plusieurs fois; le volume du ventre augmente. Le malade entre à la Charité au commencement du mois d'avril, et nous présente l'état suivant.

Face pâle, maigreur des membres, abdomen volumineux, douloureux seulement par une pression un peu forte; fluctuation évidente; une seule selle liquide en vingt-quatre heures depuis plusieurs jours, apyrexie, respiration libre.

L'ascite fut regardée par M. Lerminier comme le résultat d'une inflammation latente du péritoine. Enlever la phlegmasie, et chercher en même-temps à obtenir la résorption du liquide épanché, telles étaient les indications à remplir. (Du 7 au 16 avril, *cènt vingt sangsues sur l'abdomen ou à l'anus, saignée de deux palettes; fomentations émollientes; tisanes de chiendent nitrée; poudre de Dower donnée comme diaphorétique, à la dose de vingt-quatre grains en quatre paquets dans vingt-quatre heures; quelques bouillons.*)

Sous l'influence de ce traitement actif, l'ascite diminua, l'urine devint plus abondante et plus claire, la peau ne s'humecta qu'une seule fois.

Le 20, on ne sentait plus de fluctuation; mais, en palpant l'abdomen, on reconnaissait facilement à travers ses parois les circonvolutions des instestins grêles réunies en une seule masse. Ainsi le diagnostic avait été juste :

le malade d'ailleurs se trouvait très-bien, et, malgré les nombreuses pertes de sang qu'il avait subies, il assurait se sentir plus fort et plus dispos qu'à l'époque de son entrée.

Rien de nouveau pendant la fin du mois d'avril; le malade mangeait le quart; au commencement de mai, il se promenait dans le jardin de l'hôpital; l'abdomen, fortement pressé, était légèrement douloureux.

Le 7 mai, la totalité de l'abdomen fut couverte d'un large emplâtre de *vigo cum mercurio* (on voulait essayer, d'après la méthode anglaise, l'influence de ce topique sur la résorption des fausses membranes). Jusqu'au 21, l'état du malade parut rester stationnaire; il n'accusa aucune douleur insolite dans l'abdomen; il continua à se lever et à se promener; la fièvre ne s'alluma pas. Quel ne fut pas notre étonnement, lorsque le 21, quatorze jours seulement après l'application de l'emplâtre, nous trouvâmes, en levant celui-ci, à la place des circonvolutions intestinales, une tumeur volumineuse qui occupait l'ombilic, la partie inférieure de l'épigastre, le flanc gauche, l'hypocondre du même côté, et qui semblait se prolonger derrière les fausses côtes gauches. Cette disposition donnait à la tumeur une assez grande analogie avec la rate développée. Cependant aucune cause ne pouvait nous rendre compte de ce rapide développement de la rate; au contraire, nous savions que le grand épiploon peut acquérir très-promptement un volume énorme. Nous savions que, développé inégalement dans ses diverses parties, l'épiploon peut former des tumeurs qui ont souvent simulé des tumeurs du foie, de la rate, des reins, et même de l'utérus. Enfin l'absence de fièvre

ne nous semblait pas infirmer notre diagnostic, puisque chez cet individu une vaste péritonite s'était aussi développée sans douleur et sans fièvre.

Cependant le malade, persuadé qu'il était convalescent, voulut quitter l'hôpital le 1er juin. Le 2 août, il y rentra dans l'état le plus déplorable; depuis sa sortie, les symptômes d'une phthisie pulmonaire s'étaient déclarés. La tumeur abdominale avait considérablement augmenté; elle était dure et parsemée d'un grand nombre de bosselures. Le malade succomba quatre jours après sa rentrée.

L'ouverture du cadavre fut faite trente heures après la mort. Le grand épiploon avait acquis huit à dix fois au moins son épaisseur ordinaire. Cette augmentation d'épaisseur était due à de grosses masses tuberculeuses développées entre les lames épiploïques; plusieurs commençaient à se ramollir. La plupart des ganglions mésentériques étaient aussi tuberculeux. Derrière l'épiploon existait le paquet des intestins grêles réunis par des fausses membranes, dans l'épaisseur desquelles s'étaient également développés d'énormes tubercules. Vastes excavations tuberculeuses dans les deux poumons; les autres viscères étaient sains.

Rappelons en un peu de mots les diverses phases ou périodes de cette intéressante maladie.

Première période. Développement d'une péritonite sans douleur et sans fièvre.

Deuxième période. Ascite, résultat de la péritonite; disparition de la sérosité sous l'influence d'émissions sanguines abondantes.

Troisième période. Organisation des flocons albumi-

neux, qui, n'étant pas absorbés comme la sérosité, se transforment en pseudo-membranes. Adhérence des intestins facilement reconnaissable à travers les parois abdominales.

Quatrième période. Formation très-rapide (en quatorze jours) de la tumeur tuberculeuse de l'épiploon; cependant, état général excellent, sentiment de bien-être, rétablissement des forces, absence complète de fièvre !... Le malade sort dans cet état; il n'observe aucun régime, et sous l'influence des causes irritantes auxquelles il est soumis, le travail de la *tuberculisation* augmente dans le péritoine, il se propage aux poumons, la fièvre hectique s'allume, et le malade est entraîné rapidement au tombeau.

Lorsque ce jeune homme quitta l'hôpital, aucun symptôme n'annonçait que les poumons fussent malades, et c'est en moins de deux mois que les tubercules pulmonaires se multiplièrent, se ramollirent, et creusèrent de vastes cavernes.

Il est bien évident que, dans les différens cas que nous venons de citer, et surtout dans le cas de développement des tubercules au sein des fausses membranes, la formation des tissus accidentels a été consécutive à un état inflammatoire. Il nous paraît très-raisonnable d'admettre que l'inflammation tendant à modifier la texture des parties dont elle s'empare, à altérer leur mode de nutrition, doit par cela même favoriser la production des tissus accidentels; mais aussi l'observation nous force d'ajouter que cette production n'a lieu qu'autant qu'il y a prédisposition de la part de l'individu; car combien de fois ne trouve-t-on aucune trace de ces tissus, bien que

les malades aient éprouvé de longues et violentes inflammations, tandis que chez d'autres on voit naître ces mêmes tissus à la suite de l'irritation la plus légère?

Les différens modes d'altération que nous venons de décrire peuvent exister à-la-fois dans les deux plèvres ou dans une seule; l'inflammation peut même n'occuper qu'une portion plus ou moins exactement circonscrite d'une seule plèvre. Il arrive souvent, par exemple, qu'un épanchement est limité et resserré dans un petit espace par des fausses membranes de forme et d'épaisseur variables. La portion de plèvre qui tapisse le diaphragme, celle qui se prolonge entre les lobes pulmonaires ou qui revêt le médiastin antérieur, etc., peuvent être seules frappées de phlegmasie. De là, plusieurs variétés de pleurésies, dont les symptômes particuliers nous occuperont plus bas.

Le poumon du côté de l'épanchement mérite de fixer notre attention, soit sous le rapport des différentes positions qu'il affecte, soit sous le rapport des altérations de texture qu'il peut subir.

Dans les cas les plus ordinaires, l'épanchement tend à refouler le poumon vers la colonne vertébrale. Lorsque la collection est très-considérable, le poumon n'existe plus que sous forme d'une lame mince qui occupe un très-petit espace le long du canal rachidien; et s'il est recouvert de fausses membranes épaisses, on peut croire, au premier examen, qu'il a complètement disparu. C'est dans des cas de ce genre qu'on a dit que le poumon avait été détruit par la suppuration: cependant il est intact, et l'insufflation le rend le plus ordinairement à son volume primitif. D'autres fois, le poumon n'est pas refoulé dans

sa totalité vers la colonne vertébrale; un seul lobe, par exemple, est comprimé par l'épanchement. C'est ainsi que nous avons vu le lobe inférieur seul être rejeté vers le rachis, tandis que le lobe supérieur, qui avait conservé sa place ordinaire, formait une véritable voûte qui limitait en haut l'épanchement. Une autre fois nous avons vu le poumon, au lieu d'être porté vers la colonne vertébrale, être refoulé au contraire vers les côtes, tant en arrière que latéralement, et le liquide occuper la partie antérieure et interne de la cavité de la plèvre. Enfin, dans un cas d'épanchement presque entièrement séreux, les trois lobes du poumon droit, largement séparés l'un de l'autre jusqu'à la racine de l'organe, et n'ayant perdu que le tiers environ de leur volume ordinaire, flottaient, libres de toute adhérence, au milieu du liquide. Ces différentes dispositions sont importantes à connaître, parce qu'elles modifient plusieurs symptômes, ainsi que nous le verrons plus bas.

L'espace infiniment petit que le poumon peut être réduit à occuper dans les cas d'épanchemens considérables, sans que sa texture soit altérée, prouve combien son volume apparent, dû à l'air qui le distend, est différent de son volume réel. Dans cet état le poumon ne crépite plus; il est dense, se précipite au fond de l'eau; il semble à-peu-près ramené à la condition des poumons du fœtus qui n'a point encore respiré, ou dont la respiration n'a été que très-incomplète : son aspect lisse, sa résistance à la déchirure, le distinguent d'ailleurs suffisamment d'un poumon hépatisé.

Quelquefois il y a en même temps épanchement pleurétique et inflammation du parenchyme pulmonaire;

mais cette complication est rare. Nous en avons cité des exemples dans le chapitre *de la Pneumonie.*

68. Nous ne nous étendrons point ici sur les causes occasionelles de la pleurésie, telles que l'impression d'un air froid, l'introduction de boissons froides dans l'estomac, la suppression subite de la sueur ou d'une évacuation quelconque entretenue depuis long-temps. On sait, par exemple, qu'à la suite de l'amputation d'un membre affecté de tumeurs blanches, des épanchemens de pus se forment souvent dans la plèvre.

Une violence extérieure, qui agit sur les parois thorachiques, détermine quelquefois une pleurésie. Nous en avons cité un exemple. (Obs. 6.)

L'inflammation de la plèvre reconnaît encore pour cause fréquente un certain nombre de lésions organiques du poumon. Ainsi l'inflammation de cet organe détermine presque toujours une légère phlegmasie de la membrane qui l'enveloppe, et il est beaucoup plus rare de trouver des pneumonies sans pleurésie que des pleurésies sans pneumonie. Les tubercules pulmonaires, encore crus et peu nombreux, déterminent le plus ordinairement de légères pleurésies partielles qui s'annoncent surtout par la douleur, et qui donnent lieu aux adhérences celluleuses de la plèvre, adhérences presque constantes chez les phthisiques. Lorsque les tubercules sont immédiatement développés sous la plèvre pulmonaire, ils causent une pleurésie plus grave, et qui se termine le plus communément par épanchement. Enfin, au nombre des causes organiques de la pleurésie, il faut placer les solutions de continuité du poumon à sa sur-

face extérieure, d'où résulte une libre communication entre la cavité de la plèvre et les bronches. Cette solution de continuité dépend tantôt d'une simple déchirure du parenchyme pulmonaire sans autre lésion concomitante, tantôt de l'ouverture dans la plèvre, soit d'une excavation tuberculeuse, soit d'un foyer gangréneux, soit de l'épanchement sanguin qui constitue l'apoplexie pulmonaire de M. Laënnec. Les pleurésies produites par ce genre de cause sont assez souvent partielles; la collection de pus se trouve circonscrite par des fausses membranes, qui, nées du pourtour de la fistule pulmonaire, constituent des cloisons qui se fixent par leur autre extrémité à un point quelconque des parois thorachiques. Ordinairement aiguës, ces pleurésies affectent quelquefois une marche chronique, et peuvent être même plus ou moins complètement latentes : c'est ainsi que les péritonites qui sont le résultat d'une perforation intestinale, se présentent quelquefois aussi sous une forme chronique.

69. Passons maintenant en revue les différens symptômes qui annoncent l'existence de la pleurésie.

La douleur, l'un des signes les plus caractéristiques de cette maladie, présente de nombreuses variétés sous le rapport de son siége, de son intensité, de sa durée. Le plus ordinairement, elle se fait sentir au niveau ou au-dessous de l'un ou l'autre sein, bien que l'inflammation qu'elle annonce existe dans une étendue beaucoup plus grande. Elle se manifeste aussi, mais plus rarement, dans d'autres points. Nous l'avons vu exister, par exemple, dans le creux de l'aisselle, sous l'une ou l'autre clavicule, le long du sternum, dans les fosses sus et sous

épineuses de l'omoplate. D'autres fois, la douleur occupe tout un côté du thorax; elle s'étend, par exemple, soit latéralement depuis le creux de l'aisselle jusqu'aux dernières côtes, soit en avant depuis la clavicule jusqu'à la base du thorax. Dans quelques cas, elle règne surtout le long du rebord cartilagineux des fausses côtes; c'est ce qu'on observe particulièrement lorsque l'inflammation a envahi la portion de plèvre qui tapisse la face supérieure du diaphragme. Dans ce dernier cas, elle occupe très-souvent l'un ou l'autre hypocondre, se fait sentir à l'épigastre, et s'étend même jusqu'au flanc, de sorte qu'elle pourrait être regardée comme le signe d'une affection abdominale.

La douleur pleurétique, quel que soit son siége, augmente par la percussion, la pression intercostale, le décubitus sur le côté affecté, l'inspiration, la toux, et les divers mouvemens du tronc.

Chez plusieurs malades, cette douleur est très-vive, soit d'une manière continue, soit seulement par intervalles. Les malades sont alors dans un état d'anxiété extrême; ils ne font que de très-courtes inspirations, de peur d'augmenter la douleur; ils redoutent singulièrement le moindre effort de toux. Chez d'autres individus, la douleur, très-modérée, ne se fait sentir que dans les inspirations profondes; elle est à peine augmentée par la percussion et la pression. Enfin, il est un certain nombre de pleurésies, avec ou sans épanchement, qui ne sont révélées par aucune douleur, soit à leur début, soit pendant tout leur cours. On ne doit jamais perdre de vue la possibilité de l'existence de ces pleurésies complètement indolentes. On doit bien savoir que la plèvre,

aussi bien que les membranes séreuses du péricarde et de l'abdomen, peuvent s'enflammer, se remplir de pus, se couvrir de fausses membranes, se désorganiser, sans que ces graves désordres soient annoncés par aucune espèce de douleur.

La douleur existe ordinairement dès le début de la pleurésie. Quelquefois elle est d'abord vague, fugitive, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elle devient fixe et continue. Dans ce cas elle est souvent prise pour une simple douleur rhumatismale. Il faut avouer en effet qu'il est souvent bien difficile de distinguer la douleur qui a son siége dans les muscles des parois thorachiques, de celle qui dépend d'une inflammation de la plèvre. Cette dernière, à la vérité, est généralement accompagnée de symptômes plus graves ; cependant, d'une part, une simple douleur musculaire peut être accompagnée de fièvre et de dyspnée, et d'autre part la douleur peut être due à une phlegmasie de la plèvre, bien qu'on n'observe ni gêne de la respiration, ni accélération du pouls. Quant aux signes locaux, les seuls qui puissent avoir quelque valeur pour établir la distinction dont il s'agit, sont 1°. l'augmentation de la douleur par une pression légère exercée sur les côtes comme dans leurs intervalles ; 2°. la grande étendue de la douleur ; 3°. son inconstance.

Ces différens signes semblent plutôt annoncer que la douleur a son siége dans les muscles ; mais ils ne peuvent en donner une entière certitude.

Après avoir été très-vive pendant les premiers temps, la douleur diminue ordinairement d'intensité ; elle devient très-obtuse, et cesse même complètement bien avant la

terminaison de la maladie ; c'est là au moins le cas le plus général. Quelquefois, après avoir disparu, elle se montre de nouveau avec une grande violence; c'est un indice certain de la récrudescence de l'inflammation.

C'est à une inflammation de la plèvre qu'il faut attribuer le point de côté qui marque le début de la plupart des pneumonies. C'est encore à des pleurésies, moins remarquables par leur gravité que par la fréquence de leur retour, qu'il faut rapporter les douleurs dont la poitrine devient le siége dans le cours de la phthisie, et qui se manifestent surtout sous les clavicules, dans le creux de l'aisselle, entre les épaules à la partie supérieure de la région dorsale, c'est-à-dire dans les points où l'on trouve après la mort un plus grand nombre d'adhérences celluleuses.

70. La respiration est le plus ordinairement gênée; les mouvemens inspiratoires sont courts, accélérés, par fois saccadés. Tant qu'il n'y a pas épanchement, la dyspnée est uniquement le résultat de la douleur qui s'oppose à la libre contraction des muscles auxquels le thorax doit sa dilatation. Souvent même celle-ci est sensiblement moindre du côté où existe la pleurésie. Lorsque l'épanchement a eu lieu, on conçoit facilement que la gêne de la respiration doit être en proportion directe de la quantité de liquide épanché. Tel est, en effet, le cas le plus général; il y a toutefois à cet égard de nombreuses exceptions. On n'admettrait sans doute jamais *à priori*, qu'il est des individus dont la respiration ne paraît pas gênée, bien qu'une des plèvres soit chez eux le siége d'un épanchement assez considérable pour avoir dilaté

le côté du thorax où il existe. Non-seulement ces malades ne semblent point avoir de dyspnée, lorsqu'ils sont immobiles dans leur lit; mais encore ils parlent, ils se lèvent, ils marchent, ils font même de longues courses sans que leur haleine devienne assez courte pour qu'ils s'en plaignent. Cette absence de dyspnée ne se rencontre pas seulement dans les cas où la collection de liquide s'est opérée lentement; on l'observe même chez des individus dont la pleurésie s'est terminée en peu de jours par un abondant épanchement. (Obs. 10.) Nous avons cité, entre autres, l'observation d'un malade de ce genre, qu'un énorme épanchement pleurétique n'empêchait pas d'exercer sans fatigue dans les rues de Paris le métier de charretier. Quelques-uns sentent leur respiration tellement libre, qu'il leur est impossible de croire que leur poitrine est affectée. Tel était en particulier le cas du jeune élève en pharmacie dont nous avons rapporté l'histoire, et dont la sensibilité était cependant très-vive. Ces faits prouvent que la respiration peut continuer à s'exercer librement, bien qu'il n'y ait plus qu'un seul poumon qui reçoive encore de l'air. Ici les observations pathologiques sont d'accord avec les expériences sur les animaux vivans. Pour que cet heureux résultat survienne, il faut que l'inflammation s'arrête, que la fièvre cesse, et que le liquide qui remplit la plèvre soit ramené aux conditions d'un liquide contenu dans un réservoir naturel, comme la bile dans la vésicule, l'urine dans la vessie. Mais de ce que la respiration ne semble pas être, dans ce cas, manifestement gênée, il ne faudrait pas en conclure que, chez les individus dont un des poumons est devenu imperméable à l'air, la santé peut être aussi parfaite que

si les deux poumons pouvaient agir. L'observation démontre, en effet, qu'au bout d'un temps plus ou moins long ces malades maigrissent, que toutes leurs fonctions languissent, de sorte que si l'épanchement n'est pas peu à peu résorbé, ils finissent par succomber, en raison sans doute du défaut d'hématose.

Sous le rapport de la liberté plus ou moins grande de la respiration, les malades atteints de pleurésie avec un épanchement égal sous le rapport de la quantité et de la qualité du liquide, peuvent être divisés en trois classes. Chez les uns, la dyspnée ne cesse pas d'être considérable depuis le commencement de la pleurésie, jusqu'à la terminaison, qui est alors constamment funeste. Chez les autres, la respiration est d'abord très-gênée, puis la dyspnée diminue, et enfin elle devient nulle long-temps avant la résorption de l'épanchement. Chez d'autres, enfin, soit dès le début, soit pendant le cours de l'affection, la respiration reste toujours très-libre.

Les mouvemens d'élévation et d'abaissement du thorax subissent des modifications relatives à quelques variétés de la pleurésie. Ainsi, dans la pleurésie costo-pulmonaire la respiration est surtout diaphragmatique; au contraire, dans l'inflammation de la plèvre qui tapisse le diaphragme, ce muscle devient immobile, et la dilatation du thorax est surtout le résultat du mouvement d'ascension des côtes.

71. La toux n'a jamais lieu par quintes; elle est petite, comme avortée, plus ou moins fréquente. Elle peut même manquer totalement, bien que l'inflammation soit intense et qu'un épanchement considérable existe

dans la plèvre. Cette absence complète de toux a été bien constatée par nous dans plus d'un cas; on conçoit d'ailleurs que la toux peut très-naturellement ne pas se montrer chez des individus peu irritables, dont la muqueuse bronchique n'est pas symptomatiquement irritée par la plegmasie de la plèvre. N'oublions donc pas qu'une pleurésie très-grave peut exister, bien que les malades ne toussent pas.

72. Lorsque la toux existe, elle est sèche, ou accompagnée d'une expectoration purement catarrhale. Arétée avait parfaitement bien établi la différence qui existe entre la pleurésie et la pneumonie, sous le rapport de l'expectoration. Les crachats, dit-il, existent à peine dans le cas de pleurésie, *sputa vix exscreata*, tandis qu'ils sont plus abondans et sanguinolens dans le cas de pneumonie. Il s'en faut que l'on trouve des idées aussi claires sur ce sujet, soit dans les écrits d'Hippocrate et de Galien, soit dans les ouvrages de beaucoup de médecins des deux derniers siècles, qui paraissent avoir confondu souvent les symptômes de ces deux phlegmasies.

Lorsque la pleurésie s'est terminée par épanchement, l'expectoration reste toujours celle du catarrhe. Quelquefois, cependant, lorsqu'une communication s'est établie entre la cavité des plèvres et des bronches, le liquide épanché s'évacue à travers la trachée-artère, et on le retrouve dans la matière expectorée. La nature particulière des crachats, et la manière dont ils sont rejetés, sont généralement regardés comme des signes non équivoques, à l'aide desquels on peut facilement reconnaître l'existence d'un épanchement pleurétique ouvert dans

les bronches. Ainsi la fétidité extrême des crachats, leur odeur alliacée, ou semblable à celle de l'hydrogène phosphoré, a été considérée comme l'un des plus sûrs indices que les crachats qui présentent cette odeur proviennent d'un épanchement pleurétique. Mais nous avons observé une pareille fétidité chez des individus atteints d'une simple bronchite chronique (Chap. I, obs. 8, 13); ces derniers cas sont d'ailleurs très-rares. D'un autre côté, on a vu des malades dont les crachats étaient inodores ou très-peu fétides, bien qu'on ait trouvé chez eux une communication entre la cavité de la plèvre et les voies aériennes (obs. 36). On dit que, dans des cas de ce genre, on a fait facilement passer un liquide de la cavité des plèvres jusques dans les grosses bronches; mais qu'il a été impossible de pousser l'air des bronches dans les plèvres, en vertu d'une disposition particulière des canaux aériens. On a pensé alors qu'il en était de même pendant la vie, et que les crachats restaient inodores, parce que l'air, ne pouvant pénétrer dans la cavité des plèvres, n'avait pas été en contact avec la collection purulente.

Les autres qualités des crachats, telles que leur couleur, leur consistance, leur forme, peuvent toutes se retrouver aussi dans la bronchite chronique.

C'est aussi une opinion généralement établie, que, dans le cas où la matière de l'épanchement s'évacue à travers le poumon, cette évacuation se fait brusquement et en grande quantité à la fois; le malade semble réellement vomir le pus : mais il ne peut en être ainsi que lorsqu'il s'est fait tout-à-coup une large ouverture. Si, au contraire, l'ouverture est d'abord petite et ne s'a-

grandit que peu à peu, il est clair que l'évacuation du pus ne doit avoir lieu que lentement et en petite quantité à la fois. Or, dans ce dernier cas, il est bien difficile de reconnaître la véritable origine de la matière expectorée; on ne peut tout au plus que la présumer, d'après l'ensemble des symptômes qui indiquent l'existence d'un épanchement pleurétique; le diagnostic acquerrait d'ailleurs plus de certitude, si l'on voyait disparaître ces symptômes à mesure que l'expectoration s'établit. Dans le cas d'évacuation brusque d'une grande quantité de pus, on ne peut pas non plus affirmer que le liquide évacué est sorti de la cavité des plèvres; car il peut aussi provenir soit d'une vaste excavation tuberculeuse, dans laquelle s'est ouvert largement un gros tuyau bronchique, soit de la muqueuse pulmonaire elle-même. (Chap. I, obs. 17.)

Que prouvent ces remarques? C'est qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas, il ne faut jamais juger d'après un seul signe, de la nature d'une maladie.

L'évacuation d'une collection pleurétique à travers les bronches peut être suivie du retour à la santé ou de la mort. Dans le premier cas, après que le foyer s'est vidé brusquement ou peu à peu, ses parois cessent de sécréter de nouveau pus; elles se rapprochent, s'unissent par des adhérences qui deviennent de plus en plus intimes, et le malade guérit. Il est très-avantageux alors que la collection ne se vide que lentement, afin que le poumon, qui a été long-temps comprimé, puisse peu à peu se laisser pénétrer par l'air et reprendre son volume primitif. Dans le second cas, le malade succombe souvent asphyxié: d'autres fois, l'épuisement dans lequel le jette la sécré

tion morbide très-abondante dont la plèvre est le siége, l'entraîne plus ou moins rapidement au tombeau. Nous citerons ici une observation assez curieuse sur le sujet qui nous occupe, consignée dans le *Sepulcretum* de Bonet. Il s'agit d'un soldat chez lequel une épée pénétra à travers un espace intercostal dans l'intérieur de la poitrine : peu de sang s'écoula. La plaie extérieure fut cicatrisée en peu de temps; mais bientôt le malade, qui s'était cru guéri, sentit que sa respiration n'était plus libre; son pouls était habituellement fébrile; il avait une toux sèche et dépérissait d'une manière effrayante. Tout-à-coup il fut pris d'une violente quinte de toux, et expectora une énorme quantité de matière purulente. Sa guérison fut rapide et complète. Il est vraisemblable que chez ce malade une bronche, perforée peut-être par l'instrument tranchant lui-même, livra passage au pus amassé dans l'une des plèvres.

Cette terminaison de la pleurésie chronique est d'ailleurs assez rare. Dans la plupart des cas où l'on a trouvé dans la plèvre une collection purulente avec fistule pulmonaire, la cavité de la plèvre ne communiquait point directement avec les bronches, mais avec une excavation tuberculeuse plus ou moins profonde ou un ulcère gangréneux; il y avait eu d'abord, dans ce cas, ouverture de cette cavité accidentelle dans la plèvre, puis pleurésie consécutive.

75. Le décubitus sur le côté affecté a été regardé comme un des signes pathognomoniques de la pleurésie avec épanchement. Voici ce que nos observations nous ont appris à cet égard : Dans la très-grande majorité des

cas, soit qu'aucune collection n'existe encore, soit qu'il y ait déjà épanchement, le décubitus a lieu sur le dos; plusieurs malades ont toutefois une tendance très-sensible à s'incliner un peu du côté affecté (décubitus diagonal); ce n'est certainement que le plus petit nombre qui se couche tout-à-fait sur le côté où existe l'épanchement. Il faut pour cela qu'il n'y ait plus aucune douleur et que l'épanchement soit très-considérable. Tant qu'il y a fièvre et dyspnée, le décubitus sur le côté opposé à celui de l'épanchement est impossible. Lorsque la pleurésie devient latente, et que, malgré l'existence d'une abondante collection dans l'une des plèvres, il n'y a plus ni gêne sensible de la respiration ni mouvement fébrile, souvent alors le décubitus sur le côté sain accélère notablement la respiration et devient pénible pour le malade. Enfin, chez quelques-uns, placés dans les mêmes circonstances, le décubitus est indifférent : ils se couchent alternativement soit sur le dos, soit sur l'un ou l'autre côté, sans que, dans aucune de ces positions, la gêne de la respiration soit augmentée.

Lorsque la plèvre diaphragmatique est particulièrement enflammée, le décubitus horizontal cesse souvent d'être possible; les malades restent assis sur leur séant, ils inclinent même plus ou moins fortement le tronc en avant, comme si cette position allégeait leur douleur. (Obs. 18, 21, 22.) Ce signe, d'ailleurs, n'est pas tellement constant, qu'il ne puisse quelquefois manquer.

Il suit des considérations précédentes, que, dans le plus grand nombre des cas de pleurésie avec ou sans épanchement, le décubitus ne fournit aucun signe qui puisse faire reconnaître la nature de la maladie. Ajoutons

toutefois que, dans quelques circonstances, le décubitus sur le dos avec inclinaison légère du côté de l'épanchement, ou bien le décubitus entier sur ce côté, sont tellement tranchés, qu'ils peuvent seuls porter, avant un examen ultérieur, à soupçonner l'existence d'une collection dans la plèvre. Nous avons vu, par exemple, des phthisiques, qui, après s'être long-temps couchés indifféremment dans toutes les positions, ne pouvaient plus tout-à-coup se coucher que d'un côté, sous peine de suffocation. Ce décubitus insolite nous portait à examiner l'état de la poitrine, et nous constations souvent la présence d'un épanchement qui s'était formé sourdement, sans exaspération bien marquée des symptômes de la maladie primitive, et souvent même sans douleur.

74. Parmi les signes que nous avons jusqu'à présent passés en revue, aucun ne peut être véritablement considéré comme pathognomonique, aucun ne peut indiquer d'une manière certaine l'existence d'un épanchement pleurétique. Toutefois, si, pris isolément, chacun de ces signes a peu de valeur, de leur réunion peuvent naître des probabilités qui équivalent presque à une certitude. Mais il nous reste encore à examiner la valeur d'autres signes plus positifs, et qui, réunis aux précédens, rendent presque toujours facile et sûr le diagnostic de la pleurésie : ces signes sont fournis par la mensuration du thorax, la percussion et l'auscultation.

75. Dans un certain nombre de cas, le côté du thorax où siége l'épanchement devient évidemment plus ample que le côté opposé. Pour peu que le côté malade soit plus grand que l'autre de cinq à six lignes, cet agrandis

sement est sensible à la simple vue; mais, à cet égard, l'illusion est très-facile, et l'on ne doit assurer que l'un des côtés du thorax est réellement dilaté, que lorsqu'on l'a mesuré comparativement avec l'autre à l'aide d'un ruban, dont on fixe une des extrémités sur une apophyse épineuse et l'extrémité opposée sur le milieu du sternum. Nous n'avons vu dans aucun cas cette dilatation aller au-delà d'un pouce et demi. Dans cet état de dilatation, les côtes et leurs cartilages présentent la situation où ils se trouvent pendant les grandes inspirations; les espaces intercostaux sont fortement bombés et dépassent le niveau des côtes; on peut sentir quelquefois dans ces mêmes espaces, à travers les muscles, une fluctuation évidente. Lorsque ces symptômes existent, aucun doute ne peut être élevé sur la nature de la maladie, car une simple hépatisation du poumon ne les produit jamais. C'est surtout d'après l'existence de ces symptômes que les anciens chirurgiens se décidaient à pratiquer l'opération de l'empyème. Mais la dilatation de l'un des côtés du thorax est malheureusement loin d'être un phénomène constant; elle peut ne pas exister dans les cas mêmes où plusieurs litres de liquide sont épanchés dans la plèvre, et où le poumon refoulé est devenu imperméable à l'air. La dilatation du thorax du côté malade peut s'opérer en très-peu de temps; nous l'avons trouvée quelquefois portée déjà à un haut degré dès le quatrième ou cinquième jour d'une pleurésie aiguë.

Lorsque l'épanchement commence à se résorber, et qu'une cause quelconque empêche le poumon de se dilater convenablement et de se rapprocher suffisamment des côtes, on voit ces dernières s'affaisser pour combler

le vide qui existe entre elles et le poumon. Le côté de la poitrine où a existé l'épanchement devient alors plus étroit que le côté resté sain. M. le professeur Laënnec a consigné dans son ouvrage de très-belles observations sur ce sujet. Ce rétrécissement partiel ou général d'un des côtés de la poitrine peut exister sans troubler en aucune manière la santé. Nous connaissons un jeune médecin de la capitale qui a éprouvé un pareil rétrécissement, après avoir présenté tous les symptômes rationnels d'une pleurésie chronique ; cependant sa respiration n'est nullement gênée, et il jouit d'une très-bonne santé.

76. Dès qu'un léger épanchement commence à se faire dans la plèvre, il est annoncé par la diminution de sonoréité des parois thorachiques du côté où il existe. A mesure que l'épanchement devient plus considérable, la poitrine percutée rend un son de plus en plus mat. D'abord ce son mat n'existe qu'inférieurement, puis il se fait entendre dans toute l'étendue du côté affecté, depuis la fosse sus-épineuse et la clavicule jusqu'à la base du thorax.

Lorsqu'il y a double épanchement, le son diminue également à la fois des deux côtés ; et si la collection est peu abondante, la diminution de la sonoréité, égale à droite et à gauche, peut n'être pas remarquée, ou bien être considérée comme un état physiologique. On sait, en effet, que chez plusieurs individus très-bien portans la poitrine percutée rend beaucoup moins de son que chez d'autres qui paraissent placés dans les mêmes circonstances.

Dans quelques cas d'épanchemens circonscrits, la ma-

tité n'existe aussi que dans un point limité. Ainsi, chez un individu nous n'avons trouvé de son mat qu'à la partie latérale moyenne d'un des côtés du thorax (obs. 27); chez un autre nous ne l'avons noté qu'au niveau des cartilages costaux et derrière une partie du sternum (obs. 24).

Dans d'autres cas d'épanchemens circonscrits, la sonoréité des parois thorachiques n'est nulle part diminuée, et le diagnostic devient alors très-obscur. Il en est ainsi dans plusieurs cas de pleurésies interlobaires (obs. 25), diaphragmatiques (obs. 18, 19, 20), ou bien encore lorsque l'inflammation est bornée à la portion de plèvre qui tapisse la face interne du poumon et les médiastins. (Obs. 24, 25.)

Enfin nous devons rappeler ici que la douleur rend quelquefois la percussion tout-à-fait impraticable.

77. Lorsque, chez un individu atteint de pleurésie avec ou sans épanchement, on applique sur la poitrine l'oreille nue ou armée du stéthoscope, on arrive à des signes plus variés, plus précis que ceux fournis par la percussion.

Dès le début de la maladie, lorsqu'il n'y a point encore épanchement, mais que la douleur est très-vive, le bruit respiratoire est sensiblement plus faible du côté où existe la douleur que du côté opposé. De ce même côté, les parois thorachiques se dilatent moins fortement. La percussion, lorsqu'elle peut être pratiquée, fait d'ailleurs entendre un son égal des deux côtés. Tels sont les phénomènes qu'on observe à cette époque; en voici maintenant l'interprétation : le bruit respiratoire est plus faible du côté affecté, parce que l'intensité de la dou

leur porte instinctivement le malade à dilater moins fortement les parois thorachiques de ce côté. De là, diminution de la quantité d'air qui, dans un temps donné, pénètre dans le poumon. Cela est si vrai que, si la douleur est moins vive, le thorax se dilate également des deux côtés, et que des deux côtés aussi le bruit respiratoire a une égale intensité.

Dès que l'épanchement commence à se former, le bruit respiratoire présente un peu moins de force que du côté resté sain. A mesure que l'épanchement augmente, le bruit respiratoire devient de plus en plus faible, tandis que de l'autre côté il acquiert une intensité beaucoup plus grande que dans l'état physiologique. Ce qu'il faut bien remarquer, c'est que, lors même que l'épanchement est déjà assez considérable, le bruit respiratoire continue à s'entendre, mais seulement beaucoup plus faible que du côté où il n'y a point d'épanchement. Nous l'avons entendu d'une manière très-distincte dans un cas où la plèvre contenait un demi-litre de liquide. Enfin, lorsque l'épanchement devient encore plus abondant, le bruit respiratoire cesse tout-à-fait de se faire entendre, soit seulement inférieurement et postérieurement, soit dans toute l'étendue d'un des côtés du thorax. En raison des positions variables que peut prendre le poumon refoulé par le liquide, les signes fournis par l'auscultation, sous le rapport de la présence ou de l'absence du bruit respiratoire dans certaines parties, peuvent présenter quelques anomalies importantes à noter. Ainsi, dans la très-grande majorité des cas, le poumon se trouve refoulé en totalité vers la colonne vertébrale, et le bruit respiratoire cesse progressivement de s'en-

tendre de bas en haut, tant en arrière qu'en avant, le malade étant supposé assis dans son lit. Mais quelquefois le poumon, au lieu de se porter vers la colonne vertébrale, est directement refoulé d'avant en arrière, et *reste appliqué sur les côtes sous forme d'une lame peu épaisse.* Alors le bruit respiratoire n'est plus perceptible en avant, tandis qu'en arrière on l'entend encore. Le lobe inférieur du poumon peut être retenu à sa place ordinaire par d'anciennes adhérences; l'épanchement ne peut alors s'effectuer que dans l'espace occupé par le lobe supérieur, le bruit respiratoire ne manque que dans cette partie, et cette circonstance insolite peut porter à méconnaître la véritable nature de la maladie.

Lorsque l'épanchement est considérable, avons-nous dit, le bruit respiratoire est nul; mais tantôt aucun autre bruit ne le remplace, tantôt on entend cette même *respiration bronchique* dont nous avons décrit les caractères et indiqué la cause en parlant de la pneumonie. (page 534.) Nous avons dit alors qu'elle pouvait se manifester toutes les fois que l'air ne pouvait pénétrer au-delà des bronches; dans le cas de pneumonie, l'hépatisation du tissu pulmonaire s'oppose à l'introduction de l'air dans les vésicules; dans le cas d'épanchement pleurétique, la condensation toute mécanique du tissu pulmonaire produit le même effet. L'observation apprend d'ailleurs que la première de ces causes produit plus souvent que la seconde le phénomène de la respiration bronchique. On peut s'en convaincre en parcourant les observations particulières de pneumonies et de pleurésies.

Quand les bronches sont pleines de mucosités, l'interposition d'un liquide entre les poumons et les côtes

n'empêche pas d'entendre les différens râles auxquels peut donner lieu l'accumulation de ces mucosités. Cette remarque n'est pas sans importance, car l'existence de ces râles pourrait porter à penser que le poumon se trouve en contact immédiat avec les côtes, et à méconnaître par conséquent la maladie.

Lorsqu'on fait parler un individu sain pendant que l'oreille est appliquée sur sa poitrine, tantôt on entend dans tous les points une résonnance plus ou moins forte, qui se présente selon les individus avec mille modifications de timbre et d'intensité, tantôt cette résonnance est nulle. Si l'on applique l'oreille sur la poitrine d'un malade dont la plèvre est le siége d'un épanchement, il arrive souvent que du côté de cet épanchement la résonnance de la voix est tout autre que du côté opposé. Dans plusieurs cas elle se rapproche assez du timbre de la voix de la chèvre; de là le nom d'*égophonie*, sous lequel M. Laënnec désigne cette modification de la voix. Mais il nous semble très-important de noter que ce mot *égophonie* n'est qu'un terme générique sous lequel il faut comprendre de nombreuses modifications qui ne ressemblent plus à la voix chevrotante. Ainsi, par exemple, M. Laënnec a remarqué lui-même que souvent ce n'est plus un chevrotement qu'on entend, mais bien un bruit tout-à-fait analogue à la voix du *Polichinelle*. D'autres fois il semblerait que la voix passe au travers d'une trompette; ou bien elle est comme étouffée, et l'articulation de chaque mot est accompagnée d'une sorte de souffle tout particulier. Ailleurs on croirait entendre un de ces instrumens de la foire, connus vulgairement sous le nom de *mirlitons*; chez d'autres, enfin, il y a simple

ment une plus forte résonnance de la voix du côté où existe l'épanchement. Souvent les diverses nuances de l'égophonie n'existent que par intervalles et ne se marquent que dans la prononciation de certains mots. Nous avons vu, par exemple, un malade chez lequel le chevrotement de la voix existait seulement, mais d'une manière très-marquée, lorsqu'il prononçait le mot *oui*.

On sent facilement que de ces nombreuses variétés dans la résonnance de la voix pourraient résulter de fréquentes illusions, et qu'il serait même possible que l'on regardât comme un effet pathologique un phénomène de l'état de santé. Mais il est un moyen assuré d'éviter l'erreur, c'est de ne jamais prononcer s'il y a, ou non, égophonie avant d'avoir entendu aussi la voix du côté présumé sain. Souvent, après avoir cru qu'il y avait égophonie là où les autres signes annonçaient un épanchement, on n'a reconnu l'erreur qu'après avoir appliqué l'oreille sur le côté opposé.

La voix ne présente aucune modification tant que l'épanchement est très-peu considérable; les différentes variétés de l'égophonie apparaissent lorsque l'épanchement devient plus abondant; s'il augmente encore, la résonnance particulière de la voix disparaît de nouveau. Cependant cette règle n'est pas aussi constante qu'on l'a établie. Nous avons très-manifestement entendu la voix résonner tout autrement que du côté sain, dans un cas où un épanchement énorme existait dans la plèvre; on entendait en même temps la *respiration bronchique* à un très-haut degré (obs. 21). Dans ces deux cas la cause de la résonnance de la voix n'est pas vraisemblablement la

même. Lorsque l'épanchement est peu considérable, le son de la voix est modifié par le seul fait de sa transmission à travers un liquide, alors le poumon n'est que médiocrement comprimé; mais si, par suite de l'augmentation de l'épanchement, cette compression devient extrême, si l'air ne peut plus pénétrer au-delà des grosses bronches, il vibre dans celles-ci d'une manière particulière, qui donne lieu, d'une part, à la *respiration bronchique*, et d'autre part à une résonnance toute spéciale de la voix, qui se rapproche plus ou moins d'un véritable chevrotement. La nature du corps interposé entre le poumon et les côtes ne semble plus avoir de part à la production de ces phénomènes; cela est si vrai, qu'on les retrouve absolument identiques dans des cas où la plèvre n'est le siége d'aucun épanchement. Nous avons vu, en effet, que lorsqu'un poumon est hépatisé, on entend, en même temps que la respiration bronchique, une résonnance particulière de la voix, qui tantôt ressemble à celle qui existe lorsqu'il y a dilatation des bronches, tantôt simule plus ou moins parfaitement la pectoriloquie, et tantôt enfin se rapproche du chevrotement qui constitue la véritable égophonie.

Nous croyons pouvoir conclure des considérations précédentes, que la différence qui existe entre la résonnance de la voix produite par un épanchement dans la plèvre, et la résonnance de la voix qu'on entend dans le cas d'hépatisation pulmonaire, n'est pas assez tranchée dans tous les cas pour qu'on puisse regarder l'égophonie comme le signe certain, pathognomonique, d'un épanchement pleurétique. Toutefois une distinction doit être ici établie. Si en même temps que le son est un peu

mat, et qu'il y a égophonie, on entend le bruit naturel d'expansion pulmonaire, sans mélange d'aucun râle crépitant, mais seulement plus faible que du côté opposé, on peut être certain qu'il y a épanchement, et non pneumonie ; si, au contraire, avec un son très-mat et une résonnance de la voix qui se rapproche plus ou moins du chevrotement, on n'entend aucun bruit respiratoire, ou bien si celui-ci a été remplacé par le bruit de la respiration bronchique, il nous semble impossible de décider, d'après ces seuls signes, s'il y a épanchement dans la plèvre, ou inflammation du parenchyme pulmonaire. Dans ce cas, l'absence de toute expectoration sanguinolente est une très-forte présomption en faveur de l'existence d'un épanchement; on en acquiert la certitude, si l'on observe que le côté affecté est plus dilaté que l'autre.

78. L'inflammation de la plèvre est accompagnée d'un trouble plus ou moins marqué des diverses fonctions. Ainsi, dans les cas les plus ordinaires, la circulation est accélérée, la chaleur de la peau augmentée; en un mot il y a fièvre. Dans la période d'acuité, le pouls est communément remarquable par sa dureté; il contraste avec le pouls mou de la pneumonie, avec le pouls petit et serré de l'inflammation de la séreuse abdominale.

Tant que la phlegmasie de la plèvre ne cède pas, la fièvre persiste; lorsqu'elle se modère ou qu'elle passe à l'état chronique, la peau perd sa chaleur, mais le pouls conserve une fréquence habituelle qui chaque soir devient plus considérable; chaque soir aussi la température de la peau s'élève. Il ne parait y avoir de sueur abondante que dans le cas où des tubercules viennent à se

développer dans la plèvre ou dans les fausses membranes qui la tapissent.

Enfin, dans un degré encore plus chronique de la maladie, le pouls perd lui-même sa fréquence, et toute espèce de mouvement fébrile disparaît. Cette apyrexie complète coïncide constamment avec une respiration libre. Dans cet état, le malade est loin d'être guéri; car l'auscultation et la percussion font encore reconnaître l'existence d'un épanchement plus ou moins considérable; mais le malade se trouve placé dans les conditions les plus favorables à la résorption de l'épanchement. Ce fait est un de ceux qui peuvent servir à démontrer combien était erronée l'opinion des Anciens, qui pensaient que la fièvre était nécessaire à la résolution de la plupart des maladies chroniques. L'observation prouve, au contraire, qu'une phlegmasie chronique ne peut guères se terminer heureusement qu'autant que la fièvre a d'abord cessé. C'est encore ainsi que, lorsque des tissus accidentels (tubercules, squirrhes, etc.) se développent dans un organe quelconque, ils ne produisent en général aucun désordre tant que la fièvre ne survient pas. Celle-ci, loin de favoriser leur résolution, comme l'admettaient les Anciens, est l'indice de leur ramollissement, et c'est communément à dater de l'apparition du mouvement fébrile que des symptômes graves commencent à se manifester.

Le sang tiré de la veine nous a présenté presque toujours un caillot plus ou moins dense recouvert d'une couenne épaisse. Les cas où cette couenne a manqué sont si peu nombreux, qu'ils ne nous semblent devoir être considérés que comme de simples exceptions à une

règle très-générale. L'existence à-peu-près constante de la couenne du sang chez les individus atteints de pleurésie est d'ailleurs un phénomène qui a fixé depuis long-temps l'attention des observateurs.

Les fonctions digestives ne présentent de trouble notable que dans le cas de complications.

On a noté comme coïncidant souvent avec un épanchement dans la plèvre, l'infiltration séreuse des membres du même côté que l'épanchement. Nous n'avons observé cette coïncidence qu'une seule fois.

La sécrétion urinaire est diminuée, troublée, pervertie, comme dans tous les cas d'inflammation.

Enfin, la nutrition proprement dite présente ordinairement une altération profonde, d'où résulte le marasme, lorsqu'il y a pleurésie chronique avec épanchement. Le dépérissement est surtout marqué, lorsqu'il y a fièvre et dyspnée : au contraire, quand la respiration est peu gênée et la fièvre nulle, un épanchement considérable dans la plèvre peut exister très-long-temps sans que la nutrition paraisse altérée en aucune manière ; nous avons cité plusieurs cas remarquables de ce genre. (Obs. 7, 9, 10, 11, 55.)

79. Récapitulons maintenant les différens symptômes que nous venons de passer en revue, et présentons-les dans leur ordre accoutumé.

L'invasion de la pleurésie est marquée par une douleur ayant le plus souvent son siége au-dessous de l'un des seins, précédée ou accompagnée de frisson ; en même temps on observe une toux sèche, de la dyspnée, de la fièvre, et souvent une faiblesse plus grande du bruit respiratoire du côté où existe la douleur. Si aucun épan-

chement n'a lieu, ces symptômes se dissipent ordinairement au bout de quelques jours, et la guérison a lieu.

Si la plèvre devient le siége d'un épanchement, de nouveaux symptômes apparaissent : du côté de l'épanchement, le son est mat; le bruit d'expansion pulmonaire est d'abord faible, puis nul ou remplacé par le bruit de respiration bronchique; la voix présente les différentes variétés de résonnance de la voix que nous avons indiquées, les parois thorachiques du côté affecté subissent une dilatation plus ou moins marquée.

Cette série de phénomènes peut entraîner la mort dans un espace de temps très-court; on doit craindre cette terminaison, si la respiration est très-gênée et si la fièvre est intense. Si, au contraire, la dyspnée devient moindre, si le mouvement fébrile diminue, la maladie se prolonge; elle passe à l'état chronique, et alors elle peut encore se terminer soit par la mort, soit par le retour à la santé.

La mort survient le plus souvent, dans ce cas, au milieu d'un état de dépérissement et de marasme, qui semble résulter à-la-fois et de l'insuffisance de l'hématose qui a lieu par suite de l'inertie complète de l'un des poumons, et de la seule existence d'une phlegmasie chronique avec suppuration abondante et production fréquente de tissus accidentels. D'autres fois, la mort est due à l'exaspération subite de la pleurésie, qui, après avoir existé impunément pendant plusieurs mois sous forme chronique, devient rapidement mortelle, dès que, sous l'influence d'une cause plus ou moins appréciable, elle repasse à l'état aigu. Enfin, la terminaison fatale a été plus d'une fois accélérée par une communication

spontanément établie entre la cavité de la plèvre et l'extérieur, soit à travers les parois thorachiques, soit à travers les bronches.

Une terminaison favorable est annoncée par la cessation de la fièvre, le peu de gêne de la respiration, le bon état de la nutrition et des forces. Lorsque cet ensemble de circonstances existe, la résorption de l'épanchement a ordinairement lieu dans un espace de temps plus ou moins long; et si le poumon ne peut plus se dilater assez pour se mettre en contact avec les côtes, celles-ci s'affaissent d'une manière plus ou moins notable, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Quelquefois, aussi, une guérison rapide a lieu, après que l'épanchement s'est frayé une issue au-dehors à travers les bronches ou les parois thorachiques.

Des phénomènes critiques se manifestent souvent, en même temps que la pleurésie se résout. Une de nos observations nous a montré, par exemple, une métrorragie manifestement critique. (Obs. 5.) Ailleurs, nous avons noté des sueurs dont le caractère critique ne semblait pas moins évident. (Obs. 1, 4, 7, 8.) Nous avons cité dans le Chap. Ier. (Obs. 18) l'observation fort remarquable d'un épanchement séreux dans les plèvres, qui disparut en même temps qu'un flux bronchique très-abondant se manifesta, comme si dans ce cas une véritable métastase avait eu lieu.

80. Nous n'aurions présenté qu'un tableau bien incomplet de la pleurésie, si nous ne disions que les symptômes qui l'annoncent sont loin d'exister toujours tels que nous venons de les décrire. Ainsi il est des pleuré-

sies, avec ou sans épanchement, qui ne sont accompagnées ni de douleur, ni de toux, ni de dyspnée, ni d'accélération du pouls. Il en est d'autres où, en raison du siége de l'inflammation, on n'observe ni matité du son, ni modification du murmure respiratoire ou de la voix. Qu'il nous suffise de rappeler ici ces remarquables anomalies sur lesquelles nous avons insisté, soit dans les observations particulières, soit dans l'examen spécial que nous avons fait de chacun des symptômes de la pleurésie.

Nous ne ferons que rappeler aussi les principales variétés de la pleurésie, ayant déjà indiqué les symptômes de chacune d'elles. Ainsi on doit particulièrement distinguer la pleurésie avec ou sans épanchement manifeste ou latente, double ou simple, générale ou partielle; parmi les pleurésies partielles, il faut surtout noter les pleurésies interlobaire, diaphragmatique et médiane. Trois autres variétés peuvent encore être établies d'après la nature du liquide épanché, selon que ce liquide est du pus, de la sérosité plus ou moins limpide, ou du sang.

81. Parmi les maladies qui compliquent le plus souvent la pleurésie, les unes ont leur siége dans le thorax, et les autres hors de cette cavité. Au nombre des premières se rangent la pneumonie, la péricardite, et enfin le pneumo-thorax. Nous avons vu que celui-ci n'est que très-rarement le résultat d'une exhalation gazeuse de la plèvre; il se manifeste le plus ordinairement par suite d'une communication accidentellement établie entre la cavité de la plèvre et les voies aériennes. Lorsqu'il y a

beaucoup de gaz et peu de liquide, le son n'est mat qu'inférieurement, tandis que plus haut la sonoréité de la poitrine est augmentée, en même temps que le bruit respiratoire est nul. Cependant, lorsque l'ouverture de communication entre la plèvre et les bronches est très-large, on entend à chaque mouvement inspiratoire une sorte de souffle analogue à celui que produit l'entrée de l'air dans de vastes excavations tuberculeuses qui sont à-peu-près vides. Dans d'autres circonstances, nous avons entendu un véritable gargouillement, d'autres fois enfin le tintement métallique, tel qu'il a été si bien décrit par M. Laënnec. Ces différens phénomènes doivent nécessairement varier, en raison de la largeur et de la forme de la fistule pulmonaire, de la disposition de la cavité creusée dans le poumon, et de la grandeur des tuyaux bronchiques qui s'y ouvrent, de la quantité respective de gaz et de liquide contenus dans la plèvre. Le tintement métallique ne nous semble pas être dans ce cas un signe pathognomonique, car nous l'avons retrouvé très-marqué dans des cas de simples excavations tuberculeuses. Un signe beaucoup moins équivoque nous paraît être la succussion du thorax, telle qu'Hippocrate la pratiquait. Elle fait entendre très-distinctement dans l'intérieur du thorax un flot de liquide, qui ne peut exister que lorsque la plèvre contient à-la-fois des liquides et des gaz.

82. Le pronostic de la pleurésie varie suivant un grand nombre de circonstances. Il n'est pas besoin de dire que la pleurésie sans épanchement est en général beaucoup moins grave que la pleurésie avec épanchement.

Bornée à une petite étendue, la pleurésie sèche est souvent une maladie fort légère, qui ne gêne pas la respiration, et qui n'excite aucun trouble sympathique. Si au contraire elle est générale, si elle existe à-la-fois des deux côtés, elle peut être rapidement mortelle, avant qu'aucun épanchement n'ait eu lieu.

Le siége de la pleurésie influe aussi sur la gravité du pronostic. Ainsi l'observation a appris que la pleurésie diaphragmatique est en général accompagnée de symptômes plus fâcheux qu'une inflammation plus étendue d'autres portions de la plèvre.

Lorsqu'il y a épanchement, la gravité du pronostic est en raison directe de la quantité de cet épanchement. Une double collection, pour peu qu'elle soit abondante, est un cas presque toujours mortel. Nous avons cité cependant des exemples de guérison. De même, d'ailleurs, qu'en raison de la disposition des individus, l'inflammation d'une très-petite partie du parenchyme pulmonaire est quelquefois plus funeste qu'une inflammation beaucoup plus étendue, de même un épanchement médiocre cause souvent la mort, tandis que d'autres malades ne succombent pas à un épanchement infiniment plus considérable.

Il est vraisemblable qu'une collection purulente est plus fâcheuse qu'une collection séreuse. Rien ne prouve que l'épanchement de sang soit accompagné de symptômes plus graves que les autres épanchemens.

La gêne de la respiration, la persistance de la fièvre sont toujours d'un fâcheux augure. On ne peut guères espérer la résorption de l'épanchement que lorsque la fièvre est très-modérée ou nulle, et la dyspnée légère.

Si, malgré le peu d'étendue de l'épanchement, le malade dépérit de plus en plus, et que des sueurs abondantes surviennent, on doit craindre le développement des tubercules dans la plèvre enflammée.

82. Le traitement de la pleurésie repose sur les mêmes bases que celui de la pneumonie ; aussi, nous étant déjà beaucoup étendu sur ce dernier, nous ne dirons ici que peu de chose, de peur de tomber dans d'inutiles répétitions.

Les émissions sanguines doivent être abondamment pratiquées dès le début de la maladie. Lorsque la douleur apparaît, et qu'il n'existe encore aucun épanchement, des sangsues appliquées en grande quantité sur le côté douloureux font souvent avorter la maladie. On obtiendra plus sûrement cet effet, si avant l'application des sangsues on pratique une saignée générale. La combinaison de ces deux sortes d'émissions sanguines est ici infiniment utile.

Lorsque l'épanchement existe, on doit encore avoir recours hardiment aux saignées, dans le double but de s'opposer aux progrès ultérieurs de l'inflammation, et de diminuer la quantité de sang qui, dans un temps donné, doit traverser le poumon comprimé. Tant que la dyspnée est considérable, la fièvre intense et les forces en bon état, on ne doit pas craindre d'insister sur les émissions sanguines. On doit encore y revenir, si, après que la phlegmasie a passé à l'état chronique, elle vient à s'exaspérer de nouveau.

En même temps que l'on pratique d'abondantes émissions sanguines, il ne faut pas négliger de maintenir con-

tinuellement appliqués sur le côté affecté de larges cataplasmes émolliens. Ce moyen peut avoir surtout quelque efficacité chez les individus dont les muscles des parois thorachiques sont peu épais.

Tant que la fièvre est intense, on ne doit avoir recours aux révulsifs qu'avec beaucoup de précaution; mais dès qu'elle se modère, et qu'on n'observe pas de signes de forte réaction, un large vésicatoire doit être appliqué sur le côté malade. Chez les individus irritables, le vésicatoire rappelle quelquefois la fièvre; il faut alors en diminuer la surface, sans le sécher entièrement. Si au bout d'un certain temps l'épanchement ne diminue pas, on pourra essayer de changer le mode d'irritation de la peau. On séchera le vésicatoire de la poitrine, et on en appliquera d'autres aux extrémités inférieures. On remplacera le vésicatoire du thorax, soit par un séton, dont on entretiendra pendant long-temps la suppuration, soit par un moxa, qui sera transformé en un profond cautère.

Il arrive une époque où il n'existe plus réellement d'inflammation, et où l'épanchement n'est plus nuisible qu'à la manière d'un corps étranger qui comprime le poumon. Il est alors douteux que les moyens révulsifs dont nous venons de parler soient encore de quelque utilité. A cette époque, différens moyens diurétiques et diaphorétiques peuvent être employés avec avantage, pourvu toutefois qu'on mesure bien leur action, et que ces remèdes ne deviennent pas des stimulans qui, portés dans le torrent circulatoire, aillent réveiller l'inflammation de la plèvre. Mais ce qui doit être surtout recommandé à cette époque, ce qui doit particulièrement fa-

voriser la guérison, c'est la grande sévérité du régime, c'est l'éloignement de toutes les causes qui peuvent irriter la plèvre. En suivant ces préceptes avec persévérance, on ramène peu-à peu la plèvre à son état physiologique, et on la place dans les conditions les plus favorables pour que la résorption de l'épanchement puisse s'opérer.

Lorsque, malgré tous les moyens mis en usage, l'épanchement persiste, faut-il avoir recours à l'opération de l'empyème? Cette opération a été surtout pratiquée jusqu'à présent dans le cas où l'épanchement était le résultat d'une plaie pénétrante de la poitrine; elle a spécialement réussi, lorsque cet épanchement était formé par du sang. L'inflammation est alors nulle ou très-secondaire, et aucun obstacle n'empêche le poumon de se dilater et de reprendre son volume accoutumé, aussitôt que le liquide accidentellement épanché a été évacué. Les circonstances sont loin d'être les mêmes dans le cas où l'épanchement est le résultat d'une véritable inflammation de la plèvre. Deux cas peuvent alors se présenter : dans un premier cas, l'on pratique l'opération, lorsque l'inflammation persiste encore, et elle est alors inutile; car on ne détruit pas la cause, et à peine le liquide est-il évacué qu'il doit tendre à se reproduire. Dans un second cas, on tente l'opération lorsqu'il n'y a plus proprement d'inflammation, et que le liquide amassé dans la cavité de la plèvre n'est plus qu'un corps étranger dont la présence seule est un obstacle à la guérison. Nous avons cité plus d'un cas de ce genre. Mais ici de nouvelles circonstances peuvent s'opposer au succès de l'opération. Des fausses membranes denses et solides recouvrent souvent le pou-

mon, le maintiennent fortement appliqué sur les parties latérales de la colonne vertébrale, et comme une sorte de barrière, ne lui permettent point de se rapprocher des côtes. L'opération de l'empyème peut d'ailleurs, chez les sujets irritables, rallumer une inflammation mal éteinte, de même que chez les ascitiques l'opération de la paracentèse a plus d'une fois produit des péritonites.

Enfin la difficulté de distinguer d'une manière sûre, dans tous les cas, s'il y a épanchement pleurétique ou hépatisation du poumon, est une des causes qui doit s'opposer à ce que l'on pratique fréquemment l'opération de l'empyème. Des nuances si délicates, et souvent si peu tranchées, séparent l'égophonie, signe d'un épanchement, du retentissement particulier de la voix, signe d'hépatisation pulmonaire, que, selon nous, il ne serait point prudent de se décider à pratiquer l'opération de l'empyème, par cela seul qu'on aurait constaté l'existence de l'égophonie (1). Cette opération ne nous semble devoir être tentée que lorsque, outre les signes ordinaires de l'épanchement, il y a dilatation non douteuse du thorax, et fluctuation manifeste à travers les espaces intercostaux qui, rejetés en-dehors, dépassent le niveau des côtes.

(1) Voyez page 573, ce que nous avons dit sur le diagnostic différentiel de la pleurésie avec épanchement, et de la pneumonie.

TABLE

DES MATIÈRES.

Avant-Propos. Pag. v

CHAPITRE PREMIER. Observations sur la bronchite. 1

Article premier. Altérations organiques des bronches dans l'état de phlegmasie. Symptômes de ces altérations. 2

Couleur. . . . . ib.

Conservation de la couleur blanche de la muqueuse dans des cas de bronchite chronique. 3

Ulcération et perforation des bronches. 7

Rétrécissement des bronches. 12

Dilatation des bronches. 19

Article II. Altérations de sécrétion de la membrane muqueuse. 33

Variétés du *râle bronchique*. 36

Description des crachats de la bronchite aiguë et chronique. 46

Expectoration remarquable par sa fétidité. 52

Flux bronchiques chroniques, muqueux, séreux ou purulens, causant la mort par leur abondance. . . 55

Flux bronchiques aigus. 64

Flux bronchiques aigus simulant l'ouverture d'un épanchement pleurétique à travers les bronches. . ib.

Flux bronchique aigu critique. . . . . , ... 68

Bronchites aiguës ou chroniques accompagnées d'une grande dyspnée que n'explique aucune lésion organique du poumon ou du cœur. 72

CHAPITRE II. Observations sur la pleuro-pneumonie. 85
Introduction. . . . . ib.
ARTICLE PREMIER. Pleuro-pneumonies annoncées par l'ensemble de leurs symptômes caractéristiques. . . . 87
§. I. Pleuro-pneumonies au premier degré. . . . . . ib.
§. II. Pleuro-pneumonies au deuxième degré. . . . 119
§. III. Pleuro-pneumonies au troisième degré. . . . 167
ARTICLE II. Pleuro-pneumonies avec absence d'un ou de plusieurs de leurs symptômes caractéristiques. . . 186
§. I. Absence des signes fournis par l'auscultation et la percussion. . . . . ib.
§. II. Absence des signes fournis par l'expectoration. 208
§. III. Absence simultanée des signes fournis par l'auscultation, la percussion et l'expectoration. . . 230
ARTICLE III. Pleuro-pneumonies compliquées avec d'autres affections. 233
Bronchite chronique. 234
Tubercules pulmonaires. 237
Epanchement pleurétique.. 242
Anévrysmes du cœur et hydrothorax. 245
Œdème pulmonaire. 251
Péricardite. 256
Hépatite. 264
Arachnitis. 269
Inflammation générale de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire. 274
Entérite et péritonite. 278
Variole.. 285
Rhumatisme articulaire. 288
Congestion sanguine simulant une pneumonie chez un scorbutique.. 291
ARTICLE IV. Terminaison de la pleuro-pneumonie par gangrène. 295

ARTICLE V. Résumé, ou Histoire générale de la pleuro-pneumonie. 305
Caractères anatomiques de l'inflammation du poumon. 306
Causes. 320
Mode d'invasion. 323
Symptômes. 327
Douleur. . . . . ib.
Etat de la respiration. 328
Signes fournis par l'auscultation. 331
Râle crépitant. ib.
Respiration bronchique. 334
Résonnance de la voix. . . . . ib.
Absence du bruit respiratoire. . . . . ib.
Cas où l'auscultation n'apprend rien. 336
Signes fournis par la percussion. 337
Signes fournis par la toux. 338
Signes fournis par l'expectoration. 339
Trouble des autres fonctions de la vie organique et animale. 350
Symptômes de la pleuro-pneumonie considérés dans leur ensemble et dans leur mode de succession. . . 354
Des crises dans la pleuro-pneumonie. 359
Convalescence. 362
Convalescence vraie ou fausse. . . . . ib.
Durée de la pleuro-pneumonie. Jours critiques. . . . 365
Rareté de la pleuro-pneumonie chronique. 366
Variétés de la pleuro-pneumonie. 369
Variétés relatives au siége. . . . . ib.
Variétés relatives à l'absence d'un ou de plusieurs symptômes. Pleuro-pneumonie latente. . . . . . . ib.
Variétés relatives aux âges. Pleuro-pneumonies des enfans et des vieillards. 370
Variétés relatives aux complications. 373

Pseudo-pneumonie. 374
Pronostic.. 376
Traitement. 378
CHAPITRE III. Observations sur la pleurésie. 388
Considérations préliminaires. . . . . ib.
ARTICLE PREMIER. Pleurésies sans épanchement. 391
ARTICLE II. Pleurésies avec épanchement (forme aiguë et chronique). 399
Epanchement consécutif à l'ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre. 430
Epanchement consécutif à la communication d'une gangrène du poumon avec la plèvre. 435
Sang épanché dans la cavité de la plèvre. 437
Epanchement ouvert à l'extérieur entre les côtes. . . 448
ARTICLE III. Pleurésies partielles. 455
Considérations préliminaires. . . . . ib.
§. I. Pleurésies diaphragmatiques.. 457
1°. isolées. . . . . ib.
2°. coexistant avec une pleurésie costo-pulmonaire. 468
§. II. Pleurésies interlobaires. 477
§. III. Inflammation de la plèvre médiane. 480
Epanchement ouvert dans une bronche... 485
§. IV. Inflammation partielle de la plèvre costo-pulmonaire. 487
Epanchement partiel avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses ; mélanose pulmonaire. . . . 487
Epanchement partiel résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente. 492
Epanchement partiel communiquant avec une cavité ulcéreuse du poumon.. 495
ARTICLE IV. Pleurésies doubles avec ou sans épanchement. 497

Pleurésie double sans épanchement. 499
Epanchement double coïncidant avec la disparition de douleurs rhumatismales. Guérison rapide. . . . 502
Pneumo-pleurésie avec épanchement double, dont l'invasion coïncide avec la disparition brusque d'un rhumatisme. 504
Epanchement double formé sans douleur. Disposition particulière de l'épanchement du côté droit. 508
ARTICLE V. Pleurésies compliquées avec d'autres maladies. 511
Tubercules pulmonaires. 512
Pneumo-thorax. . . . . ib.
Péricardite. 519
Péritonite chronique tuberculeuse. 523
Péritonite aiguë avec rhumatisme et abcès phlegmoneux des membres. Epanchement pleurétique ouvert à-la-fois dans les bronches et à travers les parois thorachiques. 528
ARTICLE VI. Résumé, ou Histoire générale de la Pleurésie. 552
Caractères anatomiques de la pleurésie. . . . . . . ib.
Causes. 553
Symptômes. 554
Douleur. . . . . ib.
Respiration. 557
Toux et expectoration. 559
Décubitus. 563
Signes fournis par la mensuration du thorax. 565
Signes fournis par la percussion. 567
Signes fournis par l'auscultation. 568
Modification du bruit respiratoire. . . . . ib.
Respiration bronchique. 570
Egophonie. 571
Trouble sympathique des diverses fonctions. 574

Pleurésie apyrétique. 575
Symptômes considérés dans leur ensemble. 576
Variétés. 579
Complications. . . . . ib.
Pronostic.. 580
Traitement.. 582

Fin de la Table des Matières.

ERRATA.

Pag. 80, *ligne* 8, au lieu de Necker, *lisez* Cochin.
Pag. 81, *ligne* 21, au lieu de lésion, *lisez* dyspnée.
Pag. 517, *note* 2, au lieu de Regnaud, *lisez* Reynaud.



